

مكتبة علم النفس

مدخل إلى الطب النفسي وعلم النفس المرضي

الدكتور

محمود هاشم الودرني



مدخل إلى الطب النفسي
وعلم النفس المرضي

* د. محمود هاشم الودرني :

مدخل إلى الطب النفسي

وعلم النفس المرضي

* الطبعة الأولى ١٩٨٦

* جميع الحقوق محفوظة

* التنضيد الضوئي

مؤسسة التنضيد التصويري - دمشق ص. ٣٧٣٥

* الناشر

دار الحوار للنشر والتوزيع

سورية - اللاذقية

ص. ب ١٠١٨ - هاتف ٢٢٣٣٩

مدخل إلى الطب النفسي

وعلم النفس المرضي

**الدكتور
محمود هاشم الوديني**

دار المعارف

تقديم

يتموضع الطب النفسي وعلم النفس المرضي في موقع وسيط بين العلوم الإنسانية والعلوم الطبية والصحيحة مما يعطيها خصوصية تماثل أو تزيد على ما يشابهها من علوم الإنسان والمجتمع الأخرى .

فدراسة النفس في سوانها واضطرابها تراوح بين المخبر المفلق والروايز والقياسات وبين الحياة في أشمل بعد لها ، البعد الاجتماعي ، لذلك ليس ، طرح مدخل إلى هذا المجال المعرفي ، في سوق الاستهلاك الاجتماعي ، بنفس يسر وبساطة صياغة أي كتاب طبي إكلينيكي آخر ، إذ لا بد أن يتضمن هذا المشروع سواء في ذاته أم في صيرورته وسياقه ، منذ البدء ، طرح تساؤلات ، من باب المسؤولية والالتزام ، حول مدى مشروعية تقديم بتيان معرفي ، يتمحور حول الديناميكية النفسية التي لا يمكن بأي شكل ، عزلها عن أبعادها الثقافية والاجتماعية والحضارية ، يستقي - أي هذا البتيان ، منهجيته ومصادره وصياغته المعرفية من منظومة ثقافية إجماعية قد تكون مختلفة في بتيها . هذه أولى إشكاليات نقل هذا النمط المعرفي أو محاولة إدماجه ومفصلته ضمن صيرورة المنظومة الثقافية الاجتماعية المعنية ، التي يجب أن يطرحها من لا يريد تقديم عمل غيبي يأخذ موقعه ضمن نمط إنتاج - استهلاك خرافي مائد في المجتمع العربي لا يمت إلى الواقع المعاش بصلة ولا يتدمج ضمن جدل الوعي الإنساني الفاعل بل يدور في فلك الاستلاب بجمود القوالب المطروحة وخروجها عن تاريخية الحدث سواء كان فكريا مجردا أم

مادياً . . . هذا التسؤل الذي طرحته على نفسي ، وليس لأول مرة ، بل عبر سياق مشروعى الملتزم بالمساهمة في ادماج العلوم النفسية من موقع عضوي ضمن ديناميكية إرادة النهوض الحضاري العربي عبر أفق إنساني شامل ، كان أحد وجهيه غياب انبثاق مدرسة عربية حديثة لعلوم النفس بل وعوز تقليد معرّفي في هذا المجال - وكان العربي إنهمك في الهروب من كل ما يمت إلى ذاته العميقة بصلة ، منذ إنبلاج عصور انحطاطه - كذلك يقب أي مسح نفسي عام أو أكلينيكي ، فردي أو اجتماعي على مستوى الذات العربية يمكن الاعتماد عليه كمحرك تنحت عليه البنى النظرية والإكلينيكية العامة وبعد صياغتها انطلاقاً من ذلك بشكل ملائم والوجه الآخر والإيجابي لهذا التسؤل هو ما أراه من انكفاء الإنسان العربي ، بعد نضوب معظم حظوظ التحرّر والنهوض عبر مدرسة التجربة والخطأ السائدة والتي لا تزال تستحكم في ديناميكية المجتمع وتستثمر أو تسير عشوائياً بمختلف مشاربها وآفاقها ، مصادر قوّته ، إنكفاء هذا الإنسان إلى ذاته يبحث فيها ، ربّما ، عن ينبوع ضعف ، يعلل كبوته المستديمة واستمرار عجزه الحضاري بعد إنسداد آفاق الحرية والتحرّر أو عطرها على حياته كلّها حاول الإمساك بزمام وجوده وصيرورته الاجتماعيين .

* * *

ليست اللغة أداة ميكانيكية جامدة تكفي بأن تكون واسطة نقل بل هي وهاء التجربة الإنسانية تنفعل بتاريخه الفردي والاجتماعي وتتفصل رهافة دلالاتها ومعانيها مع أعمق الخصائص الإنفعالية والذهنية الشعورية واللاشعورية لهذا الإنسان لأنها الرمز الذي سمح للإنسان بالانطلاق من عقل بهيمية اللاوعي وعجز الصورة - الإنطباع - الذاكرة عن الجدل والتفاعل والتركيب بدءاً من تسمية الغائب (الأم - الأب) في الطفولة الأولى ونقله رمزاً إلى تركيب الذاكرة وأدوار اللعب البدئي ، مناورة مع تجربة الحرمان المفجع عبر سياق إنفصام العلاقة الاندماجية مع الأم وانتهاء بالتجريد المبدع . لذلك ليست اللغة لغة الأنا فحسب ولغة المنطق والعقل المجرّدين وحدهما ، بل هي أيضاً وخصوصاً لغة اللاشعور النابع من تجربة الطفولة الأولى ولغة الإنفعالات والاتصال والثقافة . كلّ ذلك يجعل من نقل معرفة نفسية ، مهما تطلعت في أطر علمية محايدة وموضوعية ، أمراً ليس بالهين لأنها تتعرّض لخطر الإلتباس وسوء الفهم والتأويل تحت منظار نفسي - ثقافي مخالف لينبوعها ومبرّر صياغتها بذلك الشكل اللغوي

ذاته . . . خصوصاً عند احتداد الأمر وملامسته تجليات اللاشعور ومقارباتها التحليلية . . . فعند اللغة العربية لا نجد أن استعدادا لإدماج المعرفة النفسية لم ينضج فحسب بل إن تعقيداً في بنية أداة الاتصال هذه يعكس تعقيداً بنيوياً في التركيبة الاجتماعية وصراعاً كامناً بين مختلف صيغها المتعايشة ضمن توازن جهودي يخالف ضرورة الديناميكية الحضارية من أجل التقدم . . . حيث لا يزال كثيرون يتمسكون بثراء تاريخي قادم أو موروث من العصور القديمة يشكّل تضخماً ناجماً عن انفلاش المجال الحيوي وسيادة الإعتناف الهادف لكسر الأفق المساحي الهائل إلى خطوط متجزئة وكسر التحرير الحدي أو تصميده إلى إسهاال لغوي تبريري يتقل أحياناً إلى الفعل (التكافؤ الضدي في اللا شعور الاجتماعي العربي القديم بين مفهوم «الأشهر الحرم» والمناسبات الإباحية الجاهلية التي كان يقنن فيها إحتراق عدة محرّمات . . .) . . . بينما يتشبّث هؤلاء التقليديون (حتى وإن تسربلوا بلبوس تقدّم) بتحريم إدخال اللغة في ديناميكية الصيرورة الحضارية لتتمكّن من الدخول في جدلية التقدّم وتيسّر سبيله بإعادة صياغتها تبعاً لمتطلّباته ولا شك أن خلفية هذا التابو المضروب حول اللغة هي أبعد من تأكيد هوية مزعومة أو الحرم على تاريخ بتجميد صيرورته وإعطاء الرّمز قدسية ميثاليزيقية تسمو على الفعل وتستعبد الإنسان بربطه إطلاقاً ونهائياً إلى ماضٍ مسحيق لا يستمدّ مشروعيته إلا من الخرافة المجردة ، فهذه الخلفية ليست إلا خوفاً من سقوط التابوات الأخرى المرتبطة في منشئها وتساندها الجدلي وخوفاً من حركة الحضارة التي تهدّد بالتبدّل والتغير أولئك الذين لا يعيشون إلا في ظلام ووحشية التكرار والتقليد مثل سكّان كهف أفلاطون . . . إذن هذا التعقيد في بنية اللغة هو أبعد من أن يكون وظيفياً وعضوياً بل يصبح غالباً سلاحاً يحارب به الإبداع والتجديد وكأنه على الحضارة والمعرفة أن تتكيّفاً مع لغة نهائية وجامدة وليس العكس ، ويمكن القول هنا أنه لا توجد ضجّة أثّرت حول لغة ، مثل تلك التي أثّرت حول اللغة العربية باعتبارها هرماً حضارياً شامخاً إلا أن ذلك لم يمنع لغات المجتمعات التكنولوجية الأخرى من تركيب وتجديد تعابير ومصطلحات المعرفة والعلوم والآداب وترميزها وإثرائها وتجاوز القديم والمستهلك منها دون حيرة أو فزع أو تقدّيس غيبي بينما بلهث حملة المعرفة في المجتمع العربي خلف هذا

السياق ملاقين مختلفين العوائق سواء في ذواتهم أو في محيطهم دون التوصل إلى مفصلة هذه المعرفة مع ترميزها اللغوي بل يقتصرون على ميكانيكية مفهوم «التعريب» الذي لا يتجاوز نقلا ظواهرها قاصرا وجزئياً لتجدد وابتكارات التعبير العلمي في المجتمعات التكنولوجية لذلك يُصادم هذا القصور كل مشروع عمل يريد أن يكون عضواً يتساق في ديناميكية عامة مثمرة . كما يصادمه ، عندما يريد الدخول إلى الحيز النوعي للبنية النفسية الثقافية ، تجزؤ اللغة إلى عدة طبقات وبعد التطابق بين لغة التخاطب ولغة الكتابة مما يشير إلى فصام بين التعبير العقلي والتعبير الإنفعالي خصوصاً على مستوى بنيان اللاشعور القائم على اللغة «الأمومية» ، إذ تفرط عقلنة اللغة المكتوبة في تجريد التراث الحضاري عن بعده النفسي - الثقافي وتفصم الجدلية بينها مما يؤدي إلى عوز وانكماش في المسافة الوسيطة ، مسافة الخيال والإستشراف التي هي مجال الفعل والإبداع النفسيين . . .

هذه بعض عقبات قلصها تواضع مشروع العمل الراهن لكن لن يمنعها هذا التأجيل المبرر من البروز عبر ضرورة التعامل معها كجزء من متغيرات بنوية توطر وتتجادل مع كل عمل طموح يريد أن يكون عضواً في هذا المجال المعرفي . . . يتوجه هذا العمل إلى تناول إستهلاك القارئ غير المختص مثلما يتوجه إلى الذين يمتلكون الوظيفة أو الموقع العلاجي أو يتكوتون ضمن إطاره من أطباء وعلماء نفس . وذلك اعتماداً على أنماط القراءات المختلفة لعمل واحد حسب الأفق المعرفي والحياتي الذي يقارب به هذا العمل . . .

كما يحملنا على توضيح بعض النواحي المحيطة بمنهاج الطرح النظري للطب النفسي وتصنيفاته والمتعلقة بخصوصيته . فالعمل الوصفي والتصنيفي على هذا المستوى هو مجارة لضرورات نشر المعرفة ونقلها أكثر منه تجميد السلوك البشري داخل قوالب ميكانيكية . . . فالقارئ العادي قد يميل ، عبر إطلاعه على أوصاف وتصنيفات علم النفس المرضي ، إلى محاولة تحديد ذاته أو ربط ألياته النفسية بما يقرأه . وقد تساوره الشكوك والخاوف أو يتجه إلى تقييم غيره عبر منظار ما أكتسبه من معرفة نظرية . . . لذلك لا بد أن يعرف قبل دخوله إلى هذا المجال المعرفي الخصوصي أن النفس البشرية أكثر دقة وتعقيداً من أي تصنيف أو وصف سوي أو

مرضي . وأن هذه النفس بحكم طبيعة نشوئها ونموها وراثتها تمتلك كل الآليات النفسية الممكنة ، بما في ذلك إمكانية الهلوسة والهذيان والخروج عن الواقع ، دون أن يدل ذلك على مرضية وصفية أو استعداد للشذوذ النفسي . كما أن الصراعية النفسية والقلق سمتان مرافقتان للإنسان ، ولا تصبح كل هذه الإمكانيات « مرضية » إلا عندما تشذ بالإنسان عن واقعة اليومي ، أو تمنعه عن الانسجام الذاتي والتكيف الفاعل مع المحيط ومتطلباته حيث ولي العهد الذي كان فيه الأطباء النفسيون يضعون حداً حاسماً بين السواء والمرضية ، ويضعون الأفراد ضمن جداول وتصنيفات تحدد أنماط الشخصية واستعداداتها المرضية ، أو تتعامل مع الاضطراب النفسي مثلما تتعامل مع أي تناخر جسماني . إذ أن الأبحاث الحديثة والعميقة أكدت أن ما قد يتظاهر كمرض ، في حالاته الحديثة ، ليس إلا تضخماً سرطانياً لطاقات أو استعدادات نفسية طبيعية ، تعود لاختلال التوازن النفسي وظهرت نتائج هذه الأبحاث في كتب تحمل عناوين ذات دلالة مثل «كلنا ثقاسيون» أو «دفاع عن شذوذ طبيعي» (أو سوي) . وفي ظلّ هذا المناخ الجديد لم يعد يُطلق على «مستهلك» العيادات والمستشفيات النفسية تسمية «المرضى» بل «المعايدة» أو «المراجع» ولم يعد من مجال للسمّاج ، إجماعاً ، باعتباره «مجنوناً» نتزع عنه الصفة الإنسانية وحقوقها بينما لا يمثل إستلابه وأغترابه النفسي الاجتماعي بل وكل أعراضه إلا إستفحالاً للألم في ذاته المعذبة ومصرخة استغاثة لمن أصبح عاجزاً عن تحديد هويته ونقل رسالة وجوده الفاعل إلى الآخرين ، كل ذلك وأساساً ، نتيجة لفشل الأسرة والمجتمع في إعطائه طاقة أنوية^(١) مستقلة تنسّق مختلف أطراف شخصيته وعلاقاتها مع العالم الخارجي . مما يعني أن المعلومات والتصنيفات النظرية التي يحصلها الطبيب والمعالج النفسي ، لا تعدو أن تكون دليلاً عاماً ومرشداً يسمع أحياناً بالتفريق وتمييز بعض التناذرات النفسية العضوية منها خصوصاً . بينما لا تغني عن التعامل مع كل حالة بأسلوب نوعي يتضمن أساساً الاعتبار المبدئي للإنسانية المراجع وخلفيته الثقافية الاجتماعية وكذلك دخول الطبيب في علاقة خصوصيته مع مراجعه يتدمج خلالها في سياقه النفسي ويحاول فهم آلياته ومنابعها ومراميها ويتعاون معه على إعادة

(١) أنوية : نسبة لأننا التي من مهاتها المحافظة على التوازن النفسي .

تركيب ديناميكية نفسية فاعلة تعيد علاقاته مع ذاته ومع العالم الخارجي إلى سوائها . فلا يقتصر على اعتماد التصنيفات والأحكام التي يجدها ضمن المناهج الطبية الكلاسيكية ويتبع ميكانيكا خطط التعامل والمعالجة التي تنص عليها ، فقد يساعد ذلك على تشخيص تفريقي ويدفع إلى تحريات مخبرية وعضوية ويميز تناقضات وإنذارات ويعطي أحيانا دليلا فارماكولوجيا عاما لكن لا يمكن بأي حال أن يغني عن البعد النفسي المتظاهر في كل حالة وعن الخصوصية الثقافية - الاجتماعية لكل مراجع حيث يتحمل الطبيب مهمة إبداع الخطة العلاجية النوعية المتكاملة ومسؤولية ضمان الحقوق الاجتماعية لمراجعته والدفاع عنها والعمل على التخفيف من استلابه وقسوة محيطه وضررته النفسية الاجتماعية .

القسم الأول

علم النفس المرضي
العام

الفصل الأول

فحص المراجع النفسي

يتقاسم الفحص النفسي ، الطبيب الممارس (العام) والطبيب النفسي المختص والأخصائي النفسي (سواء كان معالجاً أم أخصائياً (كلينيكياً) . لذلك تتفاوت أساليب تسيير هذا الفحص حسب الحالة والخلفية الأكاديمية التي ينطلق منها الفاحص وأفق الفحص وأهدافه . . . إلا أن هذه الأساليب متكامل غالباً ، وتلتقي في مضمونها وإن اختلفت في شكلها أو خصوصيتها التي تتلاءم مع خصوصية الحالة .

بالإضافة لذلك ، وحتى نلقي نظرة شاملة على الفحص النفسي لا بد أن نميز نوعين من المقاربات النفسية لمراجعي العيادات الطبية والنفسية ، أولهما مقاربة عامة تتعلق بنوعية العلاقة بين الطبيب ومراجعيه وبالحضور الدائم للبعد النفسي الاجتماعي لدى كل مراجع يتقدم إلى الطبيب بشكوى مرضية جسمية . . . وثانيهما مقاربة

مختصة تتعلق بالإحاطة باضطراب نفسي وتشخيصه وبناء الخطة العلاجية لدى مراجع يتقدم (إرادياً أم لا إرادياً) إلى العيادة النفسية المختصة بشكوى نفسية مريجة أم بشكوى مقنعة تشير إلى الاضطراب النفسي .

العلاقة بين الطبيب والمريض

قد يعتقد البعض أننا أردنا حشر هذا البحث حشراً في سياق معالجة الفحص النفسي لمراجع العيادة النفسية . والحقيقة أن كتب الطب النفسي الكلاسيكية لا تلجأ عادة إلى طرح هذا الموضوع الذي لا يتعلق مباشرة بالممارسة المختصة بل يحيط بالبعد النفسي - العلائقي لكل ممارسة طبية مختصة أم عامة . لكن رأينا مفصلة هذه الدراسة ضمن سياق فحص المراجع باعتباره وحدة جسمية - نفسية - إجتماعية متكاملة بغض النظر عن نوعية الأعراض أو الشكوى الرئيسية التي يتقدم بها ، إعتباراً لأن كل الإحصاءات الطبية تثبت أن أكثر من ستين بالمائة من مراجعي العيادات العامة يبدون اضطرابات وظيفية مرتبطة بشكل مباشر أو غير مباشر باضطرابات نفسية متفاوتة الشدة . كما أبرزت الدراسات والبحوث الحديثة الأهمية الجوهرية التي تصطبغ بها العلاقة بين الطبيب والمريض ، أيا كانت نوعية الشكوى ، ومدى تأثير هذه العلاقة على سير المرض وحالة المريض . . . مما يحتم ، ويجعل منطقياً ، أن يُدرّس هذا الموضوع لطلاب كليات الطب كمنهاج قائم بذاته ليكون مساعداً لهم في النجاح في مختلف أوجه نشاطهم المهني ، وحتى يتجنبوا التعرض للوقوف موقف العاجز أو المندهش أمام تطور حالة يتناقى مع توقعاتهم أو أمام تسلسل شكاوى جسمية لا تعزو لمختلف وسائل التفصي والتشخيص والمعالجة التي يستمدونها من العلوم والمعارف الطبية الحيوية التي اكتسبوها على مقاعد الدراسة .

الإشكالية الأولى التي يواجهها الطبيب الممارس وتشغل باله هي مسألة التشخيص ، فهو قد يميل غالباً ، وتبعاً لنمط تكوينه الطبي ، إلى تقصي سببية عضوية لكل شكوى جسمية تواجهه رغم حقيقة أن معظم المراجعين يستمدون شكاويهم الوظيفية من عمق نفسي - إجتماعي مضطرب لها يتمكنون من استجلائه

لوحدهم وتتضافر في سببية هذه النزعة العضوية المفرطة عدة عوامل منها :
- تغلب نزعة للنشأ العضوي للشكاوي والاضطرابات السريرية على طرائق
ومناهج تدريس الطب .

- نقص الخبرة النفسية لدى الطبيب الممارس وضعف استبصاره الباطن
(Insight) مما يدفع (ميكانيزمات) آليات دفاعه اللا شعورية عبر سياقات التماهي
والإسقاط والنقل ، التي تدفعه إلى تجنب الاستقصاءات النفسية وإهمالها
وأحقارها .

- خوف الطبيب من التورط في استقصاءات لا تخضع للدقة المنهجية المادية بل
تتطلب منه جهداً نفسياً وقوة حذس ، إضافة الى احتمال تدخل قيم إجتماعية وأخلاقية
قد تدفعه إلى ارتكاس لا شعوري .

- النزعة الطبيعية إلى رفض المجهول (البعد النفسي) والنزعة الأملاكية
والتوجس من احتمال الاضطراب إلى توجيه المريض إلى إخصائي نفسي .

العامل الإجتماعي حيث يؤثر النفور السائد من الأمراض والاضطرابات
النفسية على موقف الطبيب الممارس إن لم يتضمن تكوينه الأكاديمي السريري تدريباً
استبصارياً على التعامل مع البعد النفسي - الاجتماعى لمراجعي العيادات الطبية .

والإمكانية الثانية هي أن الطبيب ، غالباً ما لا يأخذ بالاعتبار خصوصية
العلاقة مع المريض داخل العيادة ودورها الجوهرى في تطور معظم الحالات الوظيفية
والمساند في بقية الحالات العضوية ، أي أن دورها قائم ، أيا كانت الشكاوى المرضية
التي يواجهها الطبيب . ويتجلى ذلك أكثر عندما نشير إلى أن الفرد البشري يمثل
وحدة عضوية نفسية يصعب فصلها ، وإن تجرّداً ، في ميدان الممارسة السريرية
فأبحاث مدارس الطب السيكوسوماتي (الطب النفسجسمي) ، وهو الاختصاص
الحديث والصاعد ، تثبت أكثر فأكثر دور العوامل النفسية حتى في الأمراض
العضوية من الأمراض الإنتانية حتى الإصابات السرطانية والعكس صحيح جداً .
لذلك فإن نفس هذه العوامل النفسية العميقة تدخل في ديناميكية علائقية تحويلية^(١)

(١) و (٢) التحويل Transference ، والتحويل المضاد Contre-transfert - أو Contre-
transference هما محور العلاج النفسي وخصوصاً التحليل النفسي إلا أن شكلها العام يمثل -

موضوعها الطبيب الذي لا بد أن تشكل لديه إستجابة نوعية لا شعورية مثلما يحدث في كل علاقة إجتماعية وتتمثل هذه الإستجابة ضمن العلاقة العلاجية في التحويل المضاد^(٢)

لم تبلور دراسة منهجية وجلية لهذه العوامل للمؤثرة جوهريا على العلاقة النوعية الطبيب - المراجع إلا منذ عقود قليلة لا تتجاوز الثلاثة عندما أفتتح الدكتور « مايكل بالنت » ، بمعهد تافيس توى سلسلة دراسات وحلقات بحث تجمع أطباء محاضرين وأخصائيين بالطب النفسي ، إستهدفت في بدايتها حصر العناصر السيكولوجية التي تتدخل بالممارسة الطبية العلمية بإدثة بدراسة الوصفة الطبية الدوائية وأبعادها النفسية إلا انها سرعاً ما وصلت إلى أن الطبيب نفسه هو غالباً أهم دواء يتعاطاه المراجع في حين لم تكن توجد أية دراسات حول هذا « العنصر الدوائي » وأثبتت هذه الأبحاث أن من ٨٠ الى ٩٠٪ من المراجعين يحملون اضطرابات نفسية متفاوتة الشدة وترافق هذه الاضطرابات الشكوى الجسمية العضوية التي تمثل إصابة عضوية فعلية لدى نسبة من المراجعين ، بينما يتلزم الاضطراب العضوي مع الاضطراب النفسي (حالة سيكوسوماتية) لدى نسبة أخرى ، في حين غالباً ما تغطي الشكوى الجسمية قلقاً واضطراباً نفسياً قليلاً ما يتجلى بشكل مباشر في عناصر الاستكشاف الأولى . بينما يقصد المراجع بزيارته للعيادة تخفيف قلقه بنوع من الاتصال والعلاقة مع الطبيب . .

ولا بد ، هنا ، من تحديد أن نمط هذه العلاقة يتغير حسب الإطار المؤسسي الذي يحيط بها فالعيادة الخاصة تختلف على هذا المستوى عن المشفى . بينما يميز التواجد المستمر لطبيب الأسرة ضمن تاريخها الصحي هذه العلاقة . وقد يجعل آلية التحويل أكثر حدة وعمقا مما هي عليه لدى مريض ينتقل من طبيب إلى آخر .

➤ خصوصية كل فرد ودوافعه في ربط علاقة إجتماعية ما عداثية أم ودية وهي تستمد جلورها من إنفعالات ومشاعر مكبرة عند الطفولة خصوصاً تجاه الصور العائلية (الأب والأم هادة) تظل منعاً لاشعوريا أساسياً لأنماط بناء العلاقات لدى الفرد . بينما يمثل التحويل للمضاد نمط الإستجابة اللاشعورية على هذه الإنفعالات والمشاعر وتظاهراتها وتتطلب من المعالج النفسي أن يستجيبها باستمرار في لاشعوره .

تمثل المرض لدى المريض شرحاً نرجسياً^(١) يمس استقلالته النفسية والوظيفية وتكامل ذاته إذ يجعله يشعر بالضعف والارتباط بالآخرين ، مما يشكل دافعا إلى النكوص النفسي الذي يبلور أحيانا نمطا سلوكيا طغيا مختلفا عن سلوك المريض العادي بينما يهيمن إستهام الموت على كل حالة مرض بعينها يتمثل الطبيب صورة مثل تجسد إستكمالا للطاقة النفسية اللازمة ، حتى يتم ترميم ذلك الشرح النرجسي . ومن ناحية الطبيب ينشأ تناقض منذ بدايات دراسته للطب بين شعوره الطبيعي بالهشاشة والنموذج المثالي للقوة المطلقة الذي يسقطه المريض عليه حيث يخافه القلق بالألا يتمكن من التطابق مع المثال المتوقع من المريض . وترتبط كيفية تحليل هذا المحور الصراعى بالبنية النفسية للطبيب وكذلك بطبيعة الشكوى المرضية ومدى خطورتها

بالإضافة إلى هذه المقاربة الأساسية التي تتبع خطوط ومفاهيم التحليل النفسي ، والتي تتمحور حول التبادل الإنفعالي الشعوري والأشعوري تشكلت حديثا مقاربة « علائقية » ضمن نظرية الإتصال يعرف الإتصال في هذه النظرية كسياق تنتقل فيه المعلومة من مرسل إلى متلقي ويتم ذلك عبر إشارات لغوية وتعبيرية أخرى وتمثل كل معلومة جديدة تقريبا لمجال الإلتباس أو الشك الذي يحيط بالمصدر المرسل . ضمن هذا النمط قد يرسل المريض إشارات ذات دلالة إلى الطبيب ، تحملها شكواه وأعراضه بينما قد يأخذ الطبيب هذه الشكوى والأعراض مأخذ علامات ، أي جزءا نوعيا من حالة مرضية يجب تفحصها لا رمزا يجب تفكيكه أو تحليله إلى معناه أو هدفه الحقيقي . مما يعني أن الإتصال يحمل دائما إحتمال الإلتباس والتناقض والإزدواج سواء ضمن منظومة الإشارات الواحدة التي تحملها الرسالة العلائقية الواحدة أم ضمن منظومة تبادل ذات اتجاهين

كل ذلك يشير إلى تعدد مركبات العلاقة بين الطبيب والمراجع وضرورة التنقل الجدي في تحليل هذه العلاقة بين النمط الصراعى اللا شعوري (الدوافع والرغبات - التحويل والتحويل المضاد) والنمط الإتصالي السلوكي .

(١) النرجسية : مفهوم تقدمت به مدرسة التحليل النفسي يتضمن كل ما يتعلق بتكامل الذات وقيمتها واستقلاليتها وتشكل عناصر ديناميكيا جوهريا في نمو الطفل خلال سنوات حياته الأولى ، حيث تميز هويته عبر النرجسية البلغية التي يغنيها الإهتمام والحب والإشباع التي يتلقاها الطفل في هذه المرحلة .

كما لا يمكن دائما التأكد من رجاحة تأويل أحادي البعد للشكوى المرضية أي
نفسية أو جسمية ، إذ غالبا ما يؤدي ذلك إلى طريق مسدود أو ثغرة تشخيصية أو
علاجية يعجز الطبيب عن ملئها أو تحديد كنهها .

فحص المريض النفسي

لا يتبع الفحص النفسي مخططاً محدداً ودقيقاً يلزم الطبيب بل يخضع مرونة تتلاءم مع طبيعة الحالة التي يواجهها الطبيب وخصوصيتها كما يصطبغ بخبرة الطبيب وتجربته الشخصية . إذ تتميز مقاربة المريض النفسي بنشوء علاقة إتصالية تغطي عليها الإشارات التعبيرية ، فهي غالباً ما لا تتخللها وسائط فحص طبية أخرى ، (وإن كان ذلك يتعلق بشكل الشكوى البدئية وبموقع الطبيب كممارس عام أو أخصائي نفسي أو غير نفسي) . فالطبيب هنا مستمع أساساً لكن لا يمكنه إهمال مراقبة التظاهرات التعبيرية الأخرى التي تنطلق إرادياً أم عضوياً من مختلف أنحاء جسد المراجع كما يظل اللجوء إلى الفحص الطبي الكلاسيكي قائماً كمنهجٍ للتحريات التشخيصية .

أهداف الفحص النفسي :

تتمثل هذه الأهداف ، التي تتحدد عند الطبيب عبر سياق الفحص ، في تفاصيلها ، بموقع الطبيب ومؤهلاته واختصاصاته وكذلك بنمط الشكوى البدئية التي يتقدم بها المريض وكيفية تقديمها (شكوى نفسية مباشرة أم شكوى جسمية أو نفسجسمية ، المراجعة بإرادته أو بإرادة عيطة الأسروي أو الإجتماعي) . إلا أنه يمكن ذكر خطوط عامة يستهدفها الفحص النفسي في معظم الظروف ، ضمن مراحله .

١ - إستجلاء الأعراض والعلاقات الحالية وارتباطاتها ومحاولة تقريبها من

تتأخر مرضي ثم البحث في تاريخ المريض عن إضطرابات أو أعراض مماثلة أو مختلفة واستكشاف علاقتها مع الشكوى الحالية .

٢ - موضحة العرض ضمن البنية النفسية للمريض وتفسير دوره في ديناميكية التوازن الحياتي ، إنطلاقاً من المنظومة النظرية التي يعتمد عليها الطبيب .

٣ - البحث عن العناصر السببية التي لعبت أو تلعب دوراً في ظهور الأعراض خلال التطور النفسي مثل العوامل العضوية ، العوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية ، العوامل العلائقية ، العوامل التربوية ، الصدمات . . .

٤ - تحديد مشروع علاجي للمريض أو زيادة التحري بوسائل إختبارية ومخبرية أو توجيه المراجع الى الأخصائي الملائم .

الظروف الإجرائية للمراجعة النفسية :

إن كنية الطلب الموجه من أجل فحص نفسي هامة جداً فهذا الطلب قد يبادر به المريض نفسه سواء تلقائياً أو بتوجيه من طبيب آخر أو من بعض أفراد محيطه ولا شك أن مراجعة العيادات النفسية أصبحت تتخلص تدريجياً عما كان يشوبها من خجل وخوف من الإعتبارات الاجتماعية المتخلفة والجاهلة . في هذا الحالة يكون المريض مستعداً مبدئياً للتعاون . لكن ذلك لا ينفي بعض التوجس وبروز مقاومات قيمة ولا شعورية .

في حالات أخرى قد لا يعترف المريض بأضطرابه النفسي أو ينعكس هذا الاضطراب بشدة على سلوكه الاجتماعي ومحيطه الأسروي ، مما يدفع الأطراف الذين تشال منهم تظاهرات هذا الاضطراب الى طلب فحص نفسي للمريض وفي هذه الحالة يجب أن يتخذ الطبيب موقفاً محايداً ولا يتصرف كواحد يستبطن قيم أسرة المريض ومتطلباتها تجاهه اذ أن هذه الأسرة كثيراً ما تكون هي ذاتها محيطة مرضياً .

أخيراً قد يأخذ الطلب شكلاً أكثر حدة ورسمية عندما يكون المريض قد إنتقل إلى الفعل وقام بعمل عدائي يؤاخذ عليه القانون أو مثل خطراً على ذاته أو على الآخرين ذلك يقود إلى الفحص النفسي بفعل إجراء إداري قضائي وفي هذه الحالة غالباً ما يكون المريض عدائياً متهيجاً وغير مستعد للتعاون .

يتم الفحص على المستوى المؤسسي في ظروف مختلفة فقد يتم بالمشفى مما يعني المرور بإجراءات إدارية معقدة أحيانا والانتظار لفترات متفاوتة مما قد يرفع سوية التوتر لدى المراجع ويزيد توجسه أما بالعيادة الخاصة فيكون المريض في وضع أكثر راحة وأقل تعقيدا . بينما يحدث أن يتم الفحص في منزل المريض حيث قد تكون الحالة إسعافية سواء كان المريض غيبولا أم متهيجا ولا بد إذآك من إيجاد المدخل الملائم لفحص المريض .

المقابلة النفسية الأولى :

تكتسب المقابلة الأولى أهمية خاصة إذ غالبا ما تحدد نوعية العلاقة العلاجية المستقبلية مع المريض . لذلك يجب أن يعمل الطبيب على توفير مناخ ثقة واطمئنان يسمح أيضا بجمع معلومات شاملة ومتكاملة عن الحالة المرضية ، ويتم ذلك باستقبال المريض على انفراد وإن اقتضى الأمر ذلك ، يُستقبل من يرافقه من أفراد أسرته بشكل منعزل . كما يفضل تأجيل صياغة الملاحظات والمعلومات الإضافية التي يقدمها المراجع إلى ما بعد المقابلة حتى لا يشعر المريض بحرج يعرقل عفويته .

يشكل تقييم نوعية العلاقة الناشئة بين الطبيب والمراجع جزءا هاما من الفحص النفسي ، إذ يلعب تحليل التفاعل المتبادل بين الطبيب والمريض خلال هذا اللقاء دور إضاءة للعوامل الذاتية في توجهات الطبيب التشخيصية ومشروعه العلاجي . ويتطلب حركة مزدوجة من جانب الطبيب النفسي تتضمن النامي مع المريض والتفاعل مع سياقه النفسي الباطن وبنفس الوقت الحفاظ على موقع مراقب ، معاكس ، للمريض لا يتأثر بالحركات الانفعالية التي يدخلها هذا الأخير في سياق العلاقة أو التي تبلغ في ذاته . يعني ذلك أن يكون الطبيب واعيا باستمرار بإرنكاساته الذاتية واللا شعورية التي تبرز في وعيه ، قادرا على تحييدها خارج العلاقة ، حتى يسمح هذا التفاعل بتقييم الأنماط العلائقية المهيمنة لدى المريض : السلبية ، الارتباط الطفلي ، الحاجة إلى الحماية أو الطمأنينة الخارجية ، التحدي ، التوجس والريبة ، المقاومة ، التجنب والتهرب أو الإقبال .

عبر هذه العلاقة يجب تقييم ثلاثة محاور هامة :

- درجة وعي المريض باضطراباته وتقييمه وتصوراتهِ لأسبابها ، ودرجة الاستبصار والاستبطان لديه أي قدرته على الرجوع إلى ذاته في نقد وتحليل سلوكه وإنفعالاته وعلاقاته .

- كنه وطبيعة طلب المساعدة الموجه إلى الطبيب وكيفية تشكّله وتوجهه .
- الطاقات النفسية لدى المريض ومدى قدرته على استثمارها .

سر المقابلة :

تشكّل الدقائق الأولى من المقابلة طورا هاما قد يكون حاسما في سياقها اللاحق إذ تتشكّل لدى المريض الخطوط الأولى التي ترسم بها في ذهنه واستيهاماته صورة الطبيب وحتى تقييمه للطبيب النفسي ، وذلك عبر التفاعل مع بنيته واضطراباته يتحمّس على الطبيب ، ضمن مرونة عالية تتفاعل مع خصوصية الموقف ونوعية المراجع أن يعمل باستماع هادئ ، مهتمّ وطيب ، على إخفاء مناخ من الثقة والراحة لتخفّف من قلق المريض ومقاوماته . هذا الموقف يفتح في البدء المجال الكامل للمريض للتعبير عن آلامه ومشاكله أو غير ذلك منجّبا قدر الإمكان كثرة المداخلات وممتنعا عن التوجيهات والنصائح . في هذه البداية قد يلتزم الطبيب صمتا متفتّحا ، يدفع المريض للمبادرة بصياغة الاتصال حسب أسلوبه وعبر شكواه التي برزت مراجعته للعبرة النفسية . وقد يخطر الطبيب عند ارتفاع سوية قلق المريض ومقاوماته إلى دعوته بأسلوب مقتضب ومشجّع إلى الحديث ، لتجنّب تزايد شحنة التوتر مع إمتداد الصمت . بعد هذا الافتتاح الذي يأخذ فيه المريض حرية كلمة بالتعبير قد ينضب سياق الحديث اذّاك ، منعا لحلول صمت ثقيل ، يستعيد الطبيب تعبيرا أو كلمة بدت له مشحونة بالإنفعالات أو بالدلالات الهامة لدفع المريض إلى تقديم المزيد من التفاصيل .

أما في المرحلة التالية للمقابلة ، ويهدف إستكمال عناصر الإستكشاف التشخيصي ونواقص القصّة التي قلّتها المريض عفويا ، تتزايد مداخلات الطبيب أخذة بالحسبان الديناميكية العلائقية التي نشأت ، ودون أن تأخذ شكل إستجواب إداري أو بولييسي ، إذ تتّبع مخططا متكاملا لكن ضمن مرونة ملائمة تسمح

باستخراج الفقرات الرئيسية لمبدأ الفحص النفسي شاملة معطيات دقيقة حول تاريخ المريض وقصته الحالية وحول مواقفه الصراعية وكيفية تصرفه حيالها ثم تقييم عام لشخصية المريض ومركباتها .

يشمل ذلك العناصر التالية :

١ - الشكوى للباشرة ؛ أي الأعراض التي يعبر عنها المريض تلقائيا وكيفية تقديمه لها ، تاريخها وتطورها ، دلالاتها وتفسيرها السببي لدى المريض - الأعراض التي يلاحظها الطبيب خلال الفحص (القلق ، الشذوذات الإيمائية والتعبيرية) ، الاضطرابات النفسية الحركية الاضطرابات الذهنية ، الارتكاسات الانفعالية ...

٢ - القصة والسوابق الشخصية :

أ - قصة الطفولة

- الحمل وظروفه الصحية لدى الأم ومناخه العائلي العاطفي
- نوعية الولادة واضطراباتها ورضوعها
- مراحل النمو النفسي الحركي
- المناخ المادي والعاطفي لمرحلة الطفولة
- طبيعة التربية والمحيط الديني والأخلاقي والاجتماعي
- الموقع العائلي خلال الطفولة والعلاقة مع الوالدين ، إحتمال وجود إفتراق مع العائلة (لدى مربية ، أو تبني من عائلة أخرى الخ ...)
- العوامل العرقية والجغرافية واللغوية وتبدلاتها (نقلات الأسرة ، ... تغير الوسط الاجتماعي واللغوي ...)

ب - تطور المرحلة الدراسية (نوعيتها ، التكيف ، النجاح الفشل ، مصاعبها) .

ج - التأهيل المهني وظروفه

د - الموقع الاجتماعي المهني الراهن .

هـ - مراحل الحياة العاطفية والجنسية ونوعيتها : يتطلب إستكشاف هذه الناحية من حياة المراجع بعض المهارة من الطبيب ، إذ يجد المراجع بعض الحرج في سرد جوانب حياته الحميمة ، لذلك لا بد من تجنب ما يمكن أن يحدث مقاومة من

أسئلة مباشرة بل دفع المريض إلى اعتبار أهمية هذه الناحية ودور استكشافها في مساعدته على تجاوز إشكالاته . وربما يضطر الأمر إلى تأجيل تحرّي بعض التفاصيل في مقابلة تالية أو عبر السياق العلاجي ويتم هنا إستجلاء نوعية التربية الجنسية المتلقاة وأطوار النشاط الجنسي ورضوضه ، وخصوصا مرحلة البلوغ (الإستمناء ، العلاقات الجنسية الأولى) الإضطرابات الجنسية (العنانة ، القذف الباكر ، البرود الجنسي ، تشنّج المهبل الانحرافات الجنسية) الحمل وتطورها ، الأجهزة ، سن اليأس ويهمّ إستشفاف طبيعة ودرجة الإندماج العاطفي والانفعالي في الحياة الجنسية ويجب أيضاً معرفة الجانب الإجتماعي الحميم :

- الزواج ، الطلاق ، العلاقات العاطفية
- الحياة العائلية إنسجامها ، إشكالاتها ، إستقلالية الزوجين
- موقع الأطفال في الأسرة والعلاقة مع الأهل ومدى متانة وعاطفية الروابط العائلية .
- الإهتمامات العامة والخاصة : الدينية العقائدية ، السياسية ، الفنية ، الرياضية الخ . . .

● علاقات الصداقة والعلاقات المهنية .

ز - الصدمات الانفعالية العاطفية والأحداث الحياتية الراضة :

- الموت (حالات الحداد)
- الطلاق ، الانفصال أو الفشل العاطفي
- إستقلال الأبناء وزواجهم
- الهجرة ، فقدان العمل ، التقاعد . . .

ن - يجب إضافة لذلك البحث عن سوابق مرضية نفسية وجسمية مهما كانت قديمة وحتى إن لم تتطلب تدخلا طبيّا . من بين هذه السوابق نذكر نفسيا : حالات إنبهار نفسي أو كآبة ، حالات قلق وتوجّس ، جسميا - نفسيا : الرضوض ، الإدمان الكحولي أو على المخدرات ، الآفات الغدية ، التغيرات التشنجية ، الأمراض النفسجسمية ، الألرجيا (التحسّس) للمداخلات الجراحية .

٣ - جمع وتحليل المعطيات الثقافية - الإجتماعية

فهي تسمح بموضعة الاضطرابات ضمن الظروف المحيطة بمختلف عناصرها المادية والقيمية والعلائقية التي تلعب دورا متفاوت الأهمية في نشوء هذه الاضطرابات وتطورها حسب طبيعتها .

من بين هذه العناصر :

- المناخ الاجتماعي السائد ، الموقع الطبقي والعلاقات الاقتصادية - الاجتماعية .

- القيم السائدة ، الدين ، العقيدة .

- تركيب الأسرة وحجمها وموقعها المهني ، مستواها الثقافي تنقلاتها وهجراتها .

٤ - السوابق العائلية :

- العوامل الوراثية والأمراض الوراثية

- السوابق المرضية النفسية والعصبية الإبتحار ، الأمراض النفسية (ذهان ، فصام عصابيات . . .) الإدمان ، التخلف العقلي ، الآفات العصبية الوراثية والتكسية الخ . . .

وعند الحاجة تستكمل القصة عبر المعلومات الإضافية التي تقدمها أسرة المريض خصوصا عندما يكون في حالة اضطراب وهي وتشوش نفسي لا يسمحان له بالتعاون مع الطبيب . . . وفي الحالات الحادة التي تضطرب فيها الوظائف العقلية والنفسية والعصبية بشكل عميق يأخذ الفحص الفيزيائي الضروري في كل الأحوال أولوية على الفحص النفسي مع البدء طبعا بالإجراءات الإسعافية عندما يتطلب الأمر ذلك .

الفحص الفيزيائي (الجسمي) في المقابلة النفسية

يستهدف هذا الفحص أساساً تحرّي واستبعاد العوامل العضوية كمسبب جزئي أو كلي للإضطرابات والأعراض النفسية التي يتقدّم بها المريض . كما يدخل ضمن منهج الفحص الروتينى الشامل الذي يجب أن يقوم به الطبيب لكلّ مراجع . إن عدداً من الآفات المختلفة الغديّة والعصبيّة والورميّة والاثنائية يمكنها أن تبدأ أو تتظاهر خلال تطوّرها بأعراض نفسية .

يتم هذا الفحص بأساليب إجرائية مختلفة حسب الحالة . فهو يجري عادة في نهاية المقابلة لكن يمكن إجراؤه في بدايتها كوسيلة لطمأنة مريض مفرط التوتر والقلق كما يمكن أن يتخلل الاستجواب عندما تكون الأعراض مزدوجة نفسية وعصبية . أما عندما يتخذ الطبيب مباشرة موقفاً علاجياً نفسياً يدفعه إلى تجنب الفحص الجسمي ، فعليه إذاك طلب إستكمال الفحص لدى طبيب آخر .

الفحوص المتممة

لا يجب التردّد في طلب الفحوص المتممة وخصوصاً في الحالات التالية :
- عند التردّد في التشخيص أو ضرورة دعمه بثبوت موضوعي يمكن اللجوء إلى القياسات والاختبارات النفسية التي منها ما يقيّم الوظائف العقلية ومنها ما يستخرج العنصر المرضية وبنية الشخصية ومنها ما يميّز بعض الآفات العصبية العضوية .

- عندما لا تبدو الأعراض النفسية منسجمة مع بنية شخصية المراجع وقصته بل يشير بعضها إلى مسببة عضوية اذاك يمكن طلب تخطيط دماغ كهربائي وفحوص عصبية . شعاعية وبالتنظائر للشعة ، أو معايرات مخبرية شواردية وبيولوجية وهرمونية .

- عند مشروع علاجي دوائي لا بد من إجراء التحريات اللازمة للتأكد من غياب مضادات الإستقلاب أو للسيطرة على إضطرابات حيوية قد يحدثها دواء مثل الليثيوم .

أخيراً يختتم الطبيب للقبالة بأسلوبه وحسب سياقها النوعي ويكون اذاك قد حدد مشروعاً مستقبلياً للتعامل مع مريضه من إحتالاته :

- أحياناً لا تكون عناصر التوجه التشخيصي كافية لسبب أو آخر (مثل مقاومة المريض) . اذاك يقترح لقاء جديداً بعد بضعة أيام .

- أحياناً أخرى تكون حالة الإضطراب شديدة وتتطلب علاجاً إستشفائياً ، اذاك يناقش الطبيب مع المريض أو أسرته الإجراءات اللازم إتخاذها أو إتباعها لإدخاله إلى المشفى .

- في حالات أخرى غالبية يلور الطبيب مشروعاً علاجياً يتولاه هو ذاته إنطلاقاً من المقابلة الأولى سواء كان نفسياً بحثاً أم مشتركاً نفسياً ودوائياً أو يحوكه إلى أحد زملائه المختصين بالعلاج النفسي .

_____ الاختبارات والقياسات النفسية _____

أ - قياسات الوظائف العقلية :

1. اختبارات الذكاء :

توجد عدة اختبارات للذكاء أكثرها شيوعاً سلم ويكسلر للذكاء لدى الكهول W.A.I.S. ويتشكل من :

- ست اختبارات كلامية : تعتمد على اللغة والمعلومات الشائعة ، والفهم

وترديد الأرقام والمحكمة الحسابية والتعرف على التشابه والتأثر (القدرات التجريدية)

- خمس اختبارات عملية تنفيذية : تستخدم ملكات الإدراك والتحليل والمحكمة : تنظيم صور ، استكمالها ، تركيب مكعبات كوهس جميع أجزاء شكل أو صورة . . الخ يتيح هذا الاختبار تمييز الذكاء اللغوي عن الذكاء العملي .

2- المقياس الوحيد المشبع بالعامل العام (سبيرمان) :

من أشكاله :

48 = يتضمن مجموعة من المسائل يتكون كل منها من مجموعة من الدومينو يجب كشف القانون الذي يجمع بينها وتكميلها .

يتم تحديد الاضطرابات الطارئة على الملكات العقلية لاضطرابات نفسية أو عضوية بالمقارنة مع معايير السواء ، والقدرات السابقة وتفاوت القدرات العقلية فيها بينها . وتوجد اختبارات خاصة لكشف الإصابات الدماغية العضوية كاختبار الحفظ البصري ليهتون (يتم عرض أشكال معدة أمام المريض خلال عشر ثواني ويطلب منه إعادة رسمها مباشرة ويتم تقديمها نوعياً وكمياً) واختبار بندر واختبار راي ، ذو الشكل المركب ، اختبار « روشاش » بشكل إدراكي .

كما توجد اختبارات نوعية للغة والذاكرة كاختبار « هاد » للعمه اللغوي وسلم الذاكرة لويكسلر : وهو اختبار مركب مرتبط بالعمر يتضمن سبعة أقسام :

معلومات شخصية وعامة - التوجه الزماني المكاني - التحكم الذهني : هذا تنازلي ، من الأحرف الهجائية . . . الذاكرة المنطقية والتجريدية - الذاكرة الحسابية المباشرة - ذاكرة الأشكال الهندسية - ذاكرة الكلمات المتماثلة . . .

ب اختبارات الشخصية

1 - الاختبارات القياسية

- اختبار الشخصية متعددة الأطوار لميسوتا M.M.P.I أكثر الاختبارات استخداماً في الطب النفسي يتكون من خمسين وخمسين سؤالاً مكتوباً تتم الإجابة

عليها « بصرح » أو « خطأ » يكشف الاختبار عن محتوى التفكير والسلوك والمواقف والحياة العلائقية والإنفعالية وبالتالي مختلف سمات الشخصيات والأعراض المرضية .

تصنف النتائج طبقا لتسعة سلاليم سريرية وأربعة للتحري . ويمثل كل سلم مقياسا لتأخر مرضي معين : (1) للراق (2) الهمود (3) المستيريا (4) السيكوباتيا (5) الفصام (6) الأنوثة - الذكورة (7) الزور (البارانويا) (8) الوهن النفسي (9) الهوس .

- اختبار كاتيل : يقيس ستة عشر عاملا ثنائي القطب للشخصية معزولا بالتحليل العاملي .
- مؤشر كورنيل = يسمح خصوصا بتمييز الاضطرابات العصابية .

2 - الاختبارات الإسقاطية :

تسمح هذه الاختبارات بتقييم عام للشخصية . فهي غير مهيكله تتيح للفرد إسقاط نزعاته النفسية العميقة عبر أسلوبه في تأويلها وتكميلها والتقنيات الإسقاطية متنوعة أهمها :

- التقنيات التكوينية : ورشاش
- التقنيات التأويلية (اختبار الإدراك المميز ذو الموضوع حيث يحاول الفرد استيعاه قصة من خلال لوحة غير واضحة المعالم تمثل مشهدا معيناً)
- التقنيات التركيبية الخ ...
- اختبار ورشاش :

أكثر الاختبارات الإسقاطية استخداما في الطب النفسي :
يتكوّن من مجموعة لوحات (عشرة) تتكوّن من بقع حبر متناظرة سوداء ومتعددة الألوان . تقدم للفرد متعاقبة ويطلب منه وصف الانطباع الذي تتركه لديه هذه اللوحات وتحوي كل إجابة عدة أبعاد أهمها :
- نمط الإجابة : شاملة أم تفصيلية .
- دافع الإجابة : شكل البقعة أم لونها أم حركتها الخ .

- مضمون الإجابة وموضوعها التأويل حيوان ، إنسان ، نبات ، جاد ،
موضوع آخر .

- البعد العام : الإستجابات الشائعة والشاذة ، سرعة الإجابات وعددها
ونوعيتها . يتم تفسير حاصل الاختيار بالبحث عن تطابق مجموعة الإجابات مع
علامات مرضية عصابية أو نفسية إنطلاقاً من مقاييس تعتمد على إستجابات أنماط
المرضى حسب التشخيص .

كما يجري تحليل نوعي يخص الفرد بالذات ويتعلق ببنيته وديناميكيته النفسية
وطبيعة نزعاته وإنفعالاته وصراعاته اللاشعورية وأنماط دفاعاته الانوية .

الفصل الثاني

تشكل الشخصية ونموها

تشكل شخصية الإنسان إنطلاقاً من نمو وتفاعل العناصر البيولوجية والنفسية التي تمثل قاعدة غير متمايزة لدى الولادة ، تنخرط بفعل العوامل الوراثية والمحيطية في سياق تطوري تتطور فيه المكونات الأساسية لهذه الشخصية . العقلية والانفعالية والإرادية والفيزيولوجية والمورفولوجية . وهي تنتظم في علاقة ديناميكية يتباين توازنها ونوعية تطورها حسب العمر والمحيط والعناصر المرضية النفسية والبيولوجية . إلا أنها تستهدف في صيرورتها السوية بناء وحدة وتمايز فاضحين يمكنان الفرد من تثبيت ذاته وملء وظائفه الشخصية والاجتماعية بما يجلب له متعة ورخاء ويعطيه موقعاً فاعلاً في المنظومة الاجتماعية . يعني ذلك ، إذن ، أن الشخصية تخضع في تشكيلها لمحددتين إثنين أولهما استعدادات الكمون البيولوجي - الوراثي وثانيهما التكيف مع متطلبات المحيط الاجتماعية - الثقافية . وتنجم عن تفاعل كليهما البنية الخصوصية لشخصية كل فرد .

إن أساليب دراسة نمو الشخصية متباينة حسب اتجاهات الباحثين واهتماماتهم . إلا أنها تكاد تجمع على محاور رئيسية تشكل خطوطاً يتبعها الفرد من النشأة الأولى حتى الكهول المتكامل وهي :

- النمو النفسي - الحركي .
- النمو العقلي والمعرفي .
- النمو الغريزي - الانفعالي .

النمو النفسي - الحركي

إن النشاط الحركي أداة أساسية في التعرف على المحيط والسيطرة عليه ، ولا يمكن الإقتصار على إعتباره من الجانب العصبي - الفيزيولوجي فحسب ، فهو يعكس أيضاً الحياة النفسية . مما يشير إلى أهمية التفاعلات النفسية والحركية خصوصاً في أطوار النمو لدى الطفل .

لقد أدخل « دبريه » في بداية هذا القرن للمفهوم النفسي الحركي الذي تطور إلى قانون التوازي النفسي الحركي أو توافق النمو الحركي السوي والنمو الذهني السوي . إلا أن هذه الصورة مبسطة لا تأخذ بالحسبان التعقيد الذي يميز نمو الطفل ولا ينال ذلك من أهميتها . . وإن يحدث أحياناً أن نشاهد في النمو الطفلي الباكر لا توافقا يتمثل مثلاً في تأخر النمو الحركي دون أن يترافق ذلك باضطراب ذهني .

بالإضافة لذلك لا يمكن فصل النشاط الحركي عن ميادين الذكاء والمعرفة خصوصاً عندما يكون هادفاً يتعلق بعمليات التكيف وتذليل الإشكالات . « فوالون » الذي يدمج العناصر البيولوجية في نمو الجهاز العصبي والعوامل الاجتماعية العلائقية في النمو النفسي للطفل ، يحدد أطواراً متتالية تتمثل في : الاستكشاف ، التقليد ، التمايز تتعاقب على وقع أزمت المعارضة ، الأصالة ، المراهقة اللازمة لديناميكية التطور النفسي والتي تسمح بتطور الفرد عبر العلاقة الجدلية .

بينما يربط « جيزل » بين عوامل التضج العصبية البيولوجية وأنماط السلوك التي

يمكن مراقبتها وتسجيلها وقياسها ويقدم معايير نمو تعتمد على إحصاءات ومقاييس نموذجية .

لا يرتبط التطور الحركي بالتطور الذهني مثل نمو اللغة والتميز فحسب بل يتعلق أيضا بالنمو الانفعالي الذي يؤثر على المقوية والوضعية كما أن الجسد يمثل لغة علائقية تسبق اللغة الكلامية . وتحمل شحنات عاطفية قوية . لذلك يتأثر النمو الحركي والتعبيري للجسد بالقيمة العاطفية التي يلقاها من الخارج وما تحمله من أمن ومنعة أو عكس ذلك .

أسس النمو النفسي - الحركي :

يتكامل النمو النفسي - الحركي حسب الأسس والقوانين التالية :

- ١ - يتعلق نمو وظيفية حركية معينة بنضج البنى التشريحية الموافقة لها .
- ٢ - تتجه الحركية العامة العشوائية لدى الوليد إلى تمايز أكثر فأكثر دقة ووظيفية .

ويتم هذا التطور تدريجيا حسب قانون تغاير في الأطوار تحدث فيه مراحل تقدم سريع ثم ركود بل وتحدث أحيانا تراجعات تسبق تغيرا شاملا . . .

- ٣ - إن النمو النفسي الحركي يخضع لمحددات عضوية صارمة لكنه يتأثر أيضا بشدة وبشكل حاسم بالشروط الخارجية والمثيرات التي تتبع منها بحيث لا يمكن الاستغناء عن البعد العلائقي في الانتظام الوظيفي للبنى العصبية .

النمو الذهني والمعرفي

يوجد لدى الباحثين بعض الصعوبة في إيجاد تحديد دقيق لمفهوم الذكاء . فأنماط الذكاء تتمايز حسب ميادين تجليها على المستوى المجرد أو العملي . ويرجع علماء النفس خصوصا إلى الرواثر النفسية والتحليل العاملي للبحث عن العوامل المميزة لأنماط الذكاء والعوامل المشتركة إلا أن ذلك لم يأت بنتائج حاسمة ولا يزال بعض العلماء يفترض وجود عامل ذكاء عام (عامل سبيرمان) ، بينما يفترض آخرون وجود عدة عوامل تتفاعل بأساليب مختلفة (ثرمستون) .

لذلك يُرجع إلى معايير كيفية لتقديم تعريف للذكاء على أساس أنه يتجلى في
لقدرة على بناء معارف ومعلومات حول المحيط يسمح بتطويرها النمو والتعلم ،
وتخزين معلومات عن التجارب الماضية وبناء مخططات لتكييف الذات مع المحيط
والمحيط مع الذات وإدماج هذه المخططات وتوقع مواقف مستقبلية واعداد
إستجابات ملائمة لها . . . (ريشيل) .

درس « ياجيه » خلال نصف قرن نمو الذكاء لدى الطفل وأعتبر أن وظيفته
تمثل في تكييف الفرد مع المحيط عبر آليتين متلازمتين : الاستيعاب والمطابقة . . .
وحدد أربعة أطوار متعاقبة للنمو الذهني هي :

1 - الطور الحسي الحركي : من الولادة حتى سن 18 شهرا .

أ - الذكاء الحسي - الحركي وهو ذكاء تجريبي بحث متلازم الواقع والآن دون
تمثل ذهني .

ب - بناء موضوع الإدراك .

● مرحلة تلازم إدراك الأشياء مع الرغبة (لاثمايز بين العالمين الداخلي
والخارجي) .

● مرحلة التواجد الجزئي للشيء : يتميز الشيء عن رغبة الطفل المباشرة لكن
إهتمامه بالأشياء يزول بمجرد اختفائها عن مجاله الحسي .

● مرحلة التواجد الدائم للشيء حيث يصبح الطفل قادرا على الربط بين عدة
ارتسامات حسية حركية (من 9 إلى 18 شهرا)

2 - الطور ما قبل العملياتي

أ - حيث تنمو الوظيفة الترميزية عبر خمس ظواهر سلوكية :

- التقليد المرجأ

● الألعاب الرمزية .

● الرسم .

● الصور الذهنية .

● اللغة .

ب - نمو التفكير

١ - مرحلة التفكير ما قبل التجريد العقلي وهي تستمر من ١٨ شهر حتى الأربع سنوات .

٢ - مرحلة التفكير الإستنتاجي وتستمر من ٤ إلى ٧ سنوات .

٣ - الطور العملياتي

في هذا الطور يكتسب الطفل ملكة المحاكمة المنطقية العملية ثم المجددة

أ - مرحلة العمليات المادية : من ٧ حتى ١٢ سنة .

ب - مرحلة العمليات الصورية بداء من الثانية عشرة .

إلى جانب نظرية « بياجيه » تقدم مدارس وعلماء آخرون نظريات مختلفة مثل « فالون » الذي يرسم التاريخ الطبيعي لنمو الطفل وذكائه عبر دراسته لما يسميه « المواقف » التي تدخل فيها السياقات المعرفية دون الرجوع إلى منظومة نفسية باطنة . ويتم تطور الذكاء تبعاً للعوامل والمراحل التالية :

١ - نضج الجهاز العصبي .

٢ - يتم تطور الذكاء بحدوث تمايز تدريجي ينتقل من مرحلة تفكير يدمج فيها الطفل بين رغبته وحياله والواقع الخارجي إلى مرحلة تفكير موضوعية بفضل التمايز بين الذات والآخر وبين الفاعل وموضع الفعل .

٣ - التطور من ذكاء عملي إلى ذكاء إستدلالي عبر إستبطان الفعل .

٤ - تمر الإكتشافات الذهنية للطفل بألعاب المقابلة النوعية قبل المقابلة الكمية (كبير / صغير ، قليل / كثير) حيث يؤدي ذلك إلى التفكير النمطي والتوزيمي .

أما في منظومة التحليل النفسي فيتموضع الذكاء ضمن العلاقة الديناميكية مع عناصر البنية النفسية الأخرى حيث ينجم التفكير عن ضرورات باطنة لتطور الجهاز النفسي بهدف الإستجابة لحاجات نزوعية ونجد هذا الخط الذي (فرويد ، سبيتر ، كلاين ، سيغال ، بيون) . بينما يرى هارتمان وكريس ولوفنشتاين أن الأنا وخصوصاً الذكاء يتطوران بشكل مستقل ويتغذيان من طاقة محايطة لا تتبع من الغرائز إلا أن الطاقة الغريزية (أو النزوية) والسياقات الأولية (أي اللا شعورية) قد تغزو الأنا .

كذلك تقدم نظرية التعلم (بافلوف) منظومة بنيوية وديناميكية للذكاء تتطور ضمن المدارس السلوكية والسيرنيتيكية الحديثة .

تطور المواقف والسلوكيات النفسية

قامت المدرسة السلوكية الجديدة (Neo - behaviorism) بدراسة عبر إدماج ثلاث نظريات : علم الارتكاس والإشرط لدى « بافلوف » ، السلوكية لدى « واطسون » ونظرية التعلم لدى « تورنليكه » .

تحمل هذه المقاربة إتهاما « وضعيا » (Objectivist) يعتمد على قوانين الإشرط والتعلم في تفسير التشكل النفسي . كما أدخل « هول » مفهوم الدافع والإثابة كمحدد جوهري للسلوكيات التي تتشكل انطلاقا من محاولات متعاقبة موجهة نحو هدف يجب إدراكه . إلا أن عقبات تعترض هذا السياق منها خصوصا الحرمان حيث يجد الفرد نفسه محروما من إشباع كان يستهدفه مما يفرض عليه تكيفا جديدا إستثنائيا والصراع الذي يتمثل في إلتقاء إنفعالين متناقضين لدى نفس الفرد .

تخصص النظرية السلوكية الجديدة موقعا جوهريا للأشعور وتربط تشكل شخصية الإنسان بالقدرة على إستيعاب وتحمل حالات الحرمان وعلى التعامل بشكل متكيف مع الصراعات ، مما ينجم عنه مفهوم . . « النعود » الذي هو يوفق بين الإثارة والإستجابة .

النمو الغريزي - الإنفعالي (أو العاطفي)

يتبع النمو الغريزي الإنفعالي خطا نظوريا له خصائصه المستقلة ، من الطفولة حتى الكهولة لكنه يتفاعل أيضا مع ميادين النمو الأخرى ، أي النمو الجسدي والحركي واللغوي والدلني .

يشمل الإنفعال العواطف والمشاعر وكل الحالات الوجدانية المريحة أو

الممضة ، النوعية أو الغائمة التي تتظاهر بشكل إنفراغ كتلي أو حالة عامة مديدة (لا بلانش - بونتاليس) .

تولي نظرية التحليل النفسي إهتماماً جوهرياً لهذا المجال التطوري الحيوي وتربطه بصيرورة الليبدو (الطاقة النفسية الغريزية) الطفلية وتقدم مخططاً لتشكل الشخصية وتضجها يتمحور حول ديناميكية النزعات الطفلية وصيرورتها . كما أن دراسة علم النفس المرضي كثيراً ما ترجعنا إلى اضطرابات نفسية - إنفعالية تتمفصل مع الأنماط النفسية - الديناميكية التي مباحثت في تشكل الشخصية . لذلك لا بد من استعراض المفاهيم العلمية والأساسية لنظرية التحليل النفسي التي قدمت تصوراً ديناميكياً وتطورياً للبنية النفسية وصيرورتها .

نظرية التحليل النفسي

يعتبر علم الشخصية التحليل أن البنية المستقبلية لشخصية الفرد تترسخ دعائمها الأساسية خلال السنوات الأولى من الحياة الطفلية حيث تتشكل عناصر المنظومة النفسية عبر التفاعل التآلفي والصراعي بين النزعات والغرائز وبين المحيط الطبيعي والاجتماعي وضغوطه ، وذلك باتجاه أجمعة (Socialisation) تدريجية لهذه النزعات ضمن الديناميكية النفسية اللاشعورية أساساً .

ويتكوّن علم النفس التحليلي من ثلاث مركبات جوهرية .

- المركبة النموذجية (بنية المنظومة النفسية)

- المركبة الديناميكية .

- المركبة الاقتصادية - الطاقوية ..

كما يعتمد على نظرية نشوء تطوري بيولوجي - نفسي وعلى أساس هذه المعطيات تشكل البنية الديناميكية للشخصية .

1 - بنية الجهاز النفسي وعمله .

أ - الديناميكية النفسية

في مفهوم التحليل النفسي يمثل كل موقف أو سلوك تعبيراً عن صراع ما بين قوى ونزعات ورغبات متعارضة أو متباينة سواء بين الفرد والمحيط الخارجي أم داخل الفرد ذاته . فعندما تصطدم نزعة غريزية بتحريم يأتي من المحيط الاجتماعي أو من الرقابة النفسية الداخلية التي يمثلها «الآنا الأعلى» ، فإن التفاعلات تؤدي إلى نشوء

آليات دفاعية تساهم في تشكيل حلول وسط بين التحرير وإشباع الرغبة .

ب - العنصر الاقتصادي الطاقوي في الجهاز النفسي .

يستمد الجهاز النفسي منابع نشاطه من طاقة نفسية - تتألف من النزعات والغرائز . . .

والنزعة دافع نفسي داخلي ثابت ومستقر لا يمكن تجنبه أو إلغاؤه (على المستوى البنيوي) ينشأ من حالة إثارة داخلية تحدث توتراً ، يهدف إلى تحقيق هدف نوعي يؤدي إلى إبطال التوتر . أما موضوعه فهو الأداة التي يمكن بواسطتها الوصول إلى الهدف .

يميز فرويد نوعين أساسيين من النزعات .

١ - النزعات الجنسية :

لا يقصرها فرويد على الأنشطة والمتع المتعلقة بالوظائف التناسلية بل يشمل بها سلسلة من الإثارات والأنشطة الطفولية التي تؤدي إلى بلوغ متعة متعلقة بإشباع حاجيات فيزيولوجية أساسية (كالتنفس والتغذية والإفرازات الخ) . . .

لذلك تمثل الليبيدو طاقة مشتقة من النزعات الجنسية تنظاهر طوال النمو بأشكال مختلفة يستثمرها الطفل في مناطق إثارة شهوية (النسم ، الشرج ، القضيب) وتتمركز عند النضج على المجال الجنسي التناسلي للكهل . إلا أنها تتغير أيضاً في تهيئاتها نسبة للموضوع (موافع استثمار الطاقة النفسية) ونسبة للهدف (التصعيد المبدع مثلاً) وعلى مستوى مصادر الإثارة الشهوية .

٢ - النزعات العدائية .

اعتبرها فرويد في البداية تعبيراً عن الحرمان واللاإشباع اللذين يعترضان الغرائز والنزعات من حيث أنها مصدر لطاقة يستهدف التغلب على هذه العقبات . . ثم انتقل (فرويد) إلى اعتبار العدائية تعبيراً عن نزعات الموت التي تتعارض وتتناقض مع نزعات الحياة وهي تهدف إلى إلغاء حالة التوتر بشكل كامل بالمودة بالعضوية إلى الحالة الجامدة . تتجه هذه النزعات - حسب هذه النظرية - في البداية ، نحو التدمير الذاتي ثم تقوم الليبيدو من جانب والعلاقة الأمومية من جانب

آخر بتحديد هذه النزعات وتشذيبها وتوجيهها نحو الخارج .

يستهدف الجهاز النفسي دائها إلغاء التوتّر الناجم عن تراكم طاقة النزعات (الطاقة الزروعية) تبعاً لمبدأ الثبات والاستقرار . لذلك يتزع النشاط النفسي إلى تحقيق المتعة وتجنب الألم بإفراغ الطاقة الزروعية فالجهاز النفسي يعمل طبقاً لمبدأ اللذة .

يحرّك هذا المبدأ حياة الرضيع في المرحلة الأولى من وجوده وعند غياب موضوع المتعة (الثدي) يعوّض ذلك بالمحاولة اشباع هلاسي لل رغبات . إلا أن هذا السياق الأولي يعجز عن تخفيف التوتّر ويصدم الطفل مع تجربة الواقع بحيث يحير الجهاز النفسي على التمييز بين متطلبات الذات ومتطلبات العالم الخارجي وإذا كان ينحصر مبدأ الواقع ويعمل طبقاً للسياق الثانوي . وتنجم الصراعات النفسية عن تعارض مبدأ الواقع مع مبدأ اللذة .

يُميز في النزعة ضمن السياق النفسي عنصران لا يتبعان نفس الصيرورة في الجهاز النفسي هما التمثيل : وهو المضمون الواقعي لسياق فكري سواء كان تذكراً أم استيهاماً وتصوراً أم تجريداً . والعنصر الثاني هو الوجدان وهو التعبير الكيفي عن مستوى الطاقة الزروعية وتبدلاتها مثللاً بأحاسيس الفرح والحزن والألم الخ

البنية النموذجية للجهاز النفسي

تعتبر نظرية التحليل النفسي أن الجهاز النفسي يتمايز إلى عدد من المنظومات التي تتميز بوظائف متباينة وتتبع إنظاماً داخلياً محدداً . وقد قدّم فرويد نموذجين متعاقبين لتقسيم الجهاز النفسي إلى مساحات أو مناطق نفسية مع اعتبار هذا التقسيم تجاوزياً يسمح بتقديم تمثيل طوبوغرافي يسهل البحث والعلم .

١ - النموذج الأول :

يتمحور حول التعارض بين حياة نفسية شعورية وحياة لا شعورية تخضع الأولى لمبدأ الواقع والثانية لمبدأ اللذة ويردّف ما قبل الشعور ، اللا شعور الذي يقدم

وجوده تعليلاً للأحلام والهمومات (الزلات اللاشعورية) والأعراض العصائية .
يحتوي اللاشعور أساساً على الرغبات الطفلية المكبوتة ضمن سياق آلية دفاعية ضد
الحصر والقلق الناجمين عن توقع نتائج وخيمة لتنفيذ هذه الرغبات . ولا تتمكن
التمثيلات المكبوتة من الرجوع إلى حياز الشعور إلا عبر أشكال وسيطة ترضي بنفس
الآن ، الرغبة اللاشعورية والرقابة التي تنبع منها الطاقة الكابتة ، فتتظاهر بشكل
الأحلام والأعراض المرضية الخ

٢ - النموذج الثاني

غير فرويد ، بدءاً من عام ١٩٢٠ نموذج الطوبغرافي الأول للجهاز
النفسي واستبدله بمنظومات ثلاث = أهو ، الأنا ، الأنا الأعلى .
- يمثل أهو القطب النروسي - العزيمي في الشخصية : محتويات المكبوتات
خاصة لمبدأ اللذة وهو يقابل اللاشعور .
- الأنا

وهو يمثل أساساً الجزء الشعوري من الشخصية ، إلا أن قسماً منه يتواجد
ضمن اللاشعور . من وظائفه الأساسية العمل على التوفيق بين الواقع والرغبات
الذاتية ، فهو ينشأ من التفاعل مع المحيط الخارجي ويتواجد في موقع الوسيط بين
نزعات أهو ومحرمات الأنا الأعلى . وظائفه الأساسية أيضاً بناء آليات دفاعية (لا
شعورية) ضد الحصر والقلق الناجمين عن الصراعات النفسية الباطنية .

11 المفهوم النشوي في التحليل النفسي

يتعلق هذا المفهوم بنمو الفرد وتطوره طبقاً لقوانين ومراحل بيونسية
وديناميكية ، أساساً على المستوى العزيمي الانفعالي ، حيث تتبع الليبدو مراحل
تطور منتظمة منذ الطفولة حتى للمراهقة ويمكنها أن تخضع لتوعين من العقبات :

١ - الثبيت : حيث تثبت النزعات الجنسية حول مرحلة من النمو بفعل
إرتباط الليبدو بقوة بأشخاص أو تمثيلات وتستعيد نفس نمط الإشباع . . .

٢ - النكوص = ويعني عودة عناصر متقدمة من النمو إلى إحدى المراحل
التطورية السابقة ، يحدث ذلك عندما تصطدم نزعة معينة خلال قيامها بوظيفتها أي
تحقيق إشباعها بخفض التوتر وإزالة الإثارة بموانع خارجية قوية .

مراحل النمو الـنفسية

يولد الطفل وهو يحمل لا تمايزا إنفعاليا ويبدأ إتصاله بالعالم الخارجي عبر حواسه التي تنضج وتتكامل وظائفها تدريجيا ، وعبر علاقته الحسوية بأمه ، هذه العلاقة التي تحمل له متعة وإشباعا يخففان توتراته التي يعجز عن مواجهتها بمفرده .
يتميز « سبيتر » ثلاث حركات ناظمة متعاقبة تمثل مراحل يتم فيها إدماج نوعي لعمليات التطور مشيرة إلى نشوء بنية نفسية متطورة ، وتلعب الأم في ذلك دورا أساسيا :

- ١ - الحركة الأولى هي ظهور الإبتسامة على سماء الرضيع في نهاية الشهر الثالث ، كاستجابة إجتماعية ، وهي أولى علامات الاتصال الإجتماعي .
- ٢ - الحركة الثانية هي ما يسمى « قلق » الشهر الثامن ، الذي يحدثه غياب الأم حيث يميز الطفل العالم الموضوعي المحيط به ويدرك إرتباطه وحاجته إلى الموضوع المميز (الأم) الذي يؤدي غيابه إلى تآله .
- ٣ - الحركة الناطمة الثالثة هي ظهور إشارة النفي أو المعارضة لدى الطفل من بين الشهر الثاني عشر والثامن عشر . فهذه « لا » تعطيه نوعا من السلطة على العالم الخارجي وتخفيفا لإرتباطه به .

أ - المراحل ما قبل التناسلية

إن هذه المراحل لا تتحدد بدقة ، بل هي تيارات تطورية متعاقبة ، تتداخل في سياقها الزمني . وتقود إلى إعتبار أن النزعات الطفلية الباكرة هي ذات إتجاه شهواني ذاتي (النرجسية الأولية) أكثر منها بإتجاه مواضيع خلوجية .

١ - المرحلة النفسية

تشمل السنة الأولى من حياة الطفل الذي يتمثل سلوكه الفيزيائي إذاك في الرضاع والتعرف على الأشياء بقمه الذي هو واسطة علاقته وتبادلته مع أمه التي تمثل

العنصر الأهم في وجوده ، كما أنه مركز المتعة واللذة ومصدرها . حيث يكتشف الطفل إن إثارة الفم حتى دون غذاء (بمص الإصبع الأبهام مثلا) تجلب لذة ويحدث التبادل عبر الفم بالابتلاع (الذي يصبح تدريجيا على المستوى النفسي : الاستبطان) ، أو بالرفض (منبع الإسقاط) .

يُميّز « كارل أبراهام » طورين في هذه المرحلة : أولها الطور السلبي حيث يسيطر المص والطور الفاعل الفمي - السادي حيث يصبح الطفل قادرا على عض الثدي أو غيره من الأشياء . وتورث هذه التزعة العدوانية شعورا بالذنب لدى الطفل الذي يتميز شعوره في علاقته مع الموضوع (أمه أو من يمثلها) بالتكافؤ الضدي حيث تكون الأم موضوع حب عندما تشبع الرغبة وموضوع حقد عندما تحرم الطفل . يبدأ هذا الانفصام بين الموضوع الطيب والموضوع السيئ ، تجاه الموضوع الجزئي (أي الثدي عندما لا يُميّز الطفل أمه ولا يُميّز بين ذاته والثدي يشبع رغبته) خلال الأشهر الأربعة الأولى ويخف هذا الانفصام من القلق المرتبط بالسادية الفمية (تسمى مهلاني كلاين هذا الطور : الموقف الدوراني) إثر ذلك يتلاشى الانفصام ويتطور الموضوع المتكامل فيحدث قلق استيهامي شديد خوفا من تدمير هذا الموضوع (الموقف الهمودي)

يسيطر هو طوال هذه المرحلة على انتظام الشخصية حيث ينشأ أنا لا يزال ضعيفا وسلبيا وينتقل ، بفضل موقف ملائمة من الأم ، من السياق الأولي الى السياق الثانوي ومن مبدأ اللذة إلى مبدأ الواقع .

إذن تمثل مصادر القلق لدى الطفل في هذه المرحلة ، في الخوف من الحرمان الغذاء والرضاع والإحساس بالإهمال والوحدة . وتتولد الأزمة النفسية من الصراع بين الاطمئنان إلى العالم الخارجي (الاجتماعي) وبين الريبة وفقدان الثقة ، بحسب الأشباع البيولوجي والنفسي الذي يحصل عليه الطفل . . .

يتسم النكوص في هذه المرحلة بقاعدة نفسية مهيمنة تتمثل في الحصر النفسي والهمود واضطراب الهوية وتظاهر سريريا بالإدمانات والسيكوباتيا (الطباع المرضية) والجنسية المثلية وفي الحالات الوحيدة بالذهان (السوداء الانتكاسية ، الفصام ، النفاس الهومي الهمودي)

٢ - المرحلة السادسة - الشرجية

تظهر في هذه المرحلة - أهمية النزعات العدائية وهي تستمر خلال السنتين الثانية والثالثة . تتمركز منطقة الإثارة الشهوية في الحيز الشرجي - المستقيمي حيث يصبح التحكم في المصبرات ممكنا وتحتل للمتعة المرتبطة بالتبرز والصراعات المتعلقة بها موقعا أساسيا .

يقسم د كارل ابراهام هذه المرحلة إلى طورين متعاقبين :

١ - ترتبط المتعة في الطور الأول بإخراج المواد البرازية وكذلك النزعة العدائية . ويستثمر الطفل إمكانية معارضة رغبة أهله بنظافته .

٢ - أما في الطور الثاني فتتعلق المتعة بالإمساك والنزعة السادية بالضبط الإمتلاكي حيث يكتشف الطفل الأهمية التي يعلقها أهله على مواده البرازية ويمثلها بهدية يقدمها أو يمتنع عن ذلك .

يسمح تعلم النظافة ولو عبر سياق صراعي بتطور النضج إذ يتنازل الطفل عن المتعة البرازية لفائدة متعة أجتاهية أرقى تتمثل في إرضاء أمه بقبول القواعد التي تفرضها على مستوى النظافة . حيث لا ينحل الصراع إلا بعملية تصعيد من هذا النوع .

يستمر التكافؤ الضدي في هذه المرحلة ، في السيطرة على العلاقة بالموضوع حيث يتواجد الحب والكراهة العدائي تجاه الأم خصوصا عندما تبدأ بفرض محرمات على الطفل . كما أن التكافؤ الضدي يتظاهر أيضا على مستوى الوظيفية الشرجية الإبرازية حيث يمكن إخراج البراز بشكل فاعل . كما يمكن الإثارة بتواجد جسم (مثل الكتلة البرازية) في المستقيم . بحيث تتأثر النزعات الجنسية وطبيعتها العلائقية بالإتجاهات الفاعلة أو المنفعلة التي تؤثر فيها المرحلة الشرجية .

تتزايد في هذه المرحلة قوة الأنا كما يتدعم مبدأ الواقع والسياق الثانوي . بينما يظل الانتظام البنيوي متعلقا بالعلاقة الثنائية مع الأم . . .

تتمثل الأزمة النفسية ، في هذه المرحلة ، في الصراع بين تثبيت الذات والحجل والشك بالذات . . . يرمز الضبط إلى اعتبار الذات وقيمتها والإمساك إلى

العناد والقسر ، والإرخاء إلى العدائية والفوضى والتدمير . يكون الطفل في هذه المرحلة أنويا وأخلاقيا واقعيا . ويمثل الوالدان أساسا محيطه الاجتماعي .

يتمثل مصدر القلق هنا في الخوف من فقدان الرضا والمشاعر السلبية الإيمتهانية والحجل تنبع الحالات العصائية الناشئة في هذه المرحلة من الشعور بفقدان قيمة « الأنا » وتشكل ، عبر النكوص الشرجي ، متلازمة الشخصية السلبية . العدائية أو الشخصية السلبية . المرتبطة ، حيث تنجبان عن عدم حلّ أزمات العدائية للترتبطه خلال الطفولة الباكرة .

يتمثل النموذج للمرضى للنكوص الشرجي في العصابات الوسواسية القسرية خصوصا . . .

ب - المراحل التناسلية

١ - المرحلة القضيبية والصراع الأوديبي

تتمد هذه المرحلة بين سن الثالثة والسادسة وقد أشار بعضهم إلى مرحلة تحليلية تتوسط بين المرحلة الشرجية والمرحلة القضيبية . يحمل فيها البول نفس الإهمام الذي كان يحمله البراز . . .

خلال المرحلة القضيبية تتطابق منطقة الإثارة الشهوية مع المنطقة التناسلية . ويزايد الإهمام بالجنس والأعضاء التناسلية . يكتشف الطفل الفروق التشريحية بين الجنسين ، فيشير غياب القضيب لدى الأنثى ، خوفا من الإخصاء لدى الذكر الذي يقاوم هذا القلق بثبيت قيمته الجنسية عن طريق الإستمناء على المستوى الليبيدي وعن طريق الإستعراء على المستوى النرجسي . . . بينما تحسّ الأنثى غياب القضيب كعوز يؤدي إلى مشاعر النقص وتعوضه بـ « الاحتجاج الذكري » و « الرغبة بالقضيب » وتحسّ بالأم كمسؤولة عن هذا الإخصاء فتباعد عنها لتدخل في علاقة أوديبيية مع الوالد . فيما يعمل الطفل على التقارب مع أمه ويحس بالخيرة والحقد تجاه والده الذي ينافسه ويتزعم منه أمه مما يؤدي إلى مشاعر بالذنب وخوف إستيهامي من الإخصاء قد تثبتت عملية الختان ويتم مقاومة هذا الخوف بالتأهي مع الأب موضوع

الحب والكره ، والابتعاد عن الأم (كموضوع شهوي محرم) . أما لدى الأنثى فتعدّل النزعة الأوديبية بإدراك أهمية الحمل الذي يكون معوضاً للقضيب ورافعاً للقيمة . وتؤكد ميلاني كلاين التي تعارض فرويد في هذا الشأن على أهمية الأم كموضوع أوديبى وتشكك بأهمية القضيب حيث تفترض وجود شعور بالنقص تجاه الأم (المرأة) لقدرتها على الحمل والإنجاب . . .

في نهاية هذه المرحلة يتراجع المركّب الأوديبى بفعل الكبت ويتنازل الطفل عن رغبته لفائدة التامهي الذي يتم عبره إستبطان الصور البوادية المثالية حيث يصح ذلك الركيزة الأساسية لتشكّل الأنا - الأعلى .

تتمثل الانفعالات السلبية هنا في الخوف من العقاب لمحاولة ممارسة النفوذ أو الجاذبية أو الدخول في منافسة ، والشعور بعدم استحقاق العطف والحب . كما يتمثل الاضطراب المرضي للهوية في الشعور بتدني الأنا ووظائفها . تشكّل المستيريا حالة نكوص عصابي أوديبى حذّي كما تنشأ عن اضطراب هذه المرحلة حالات من وسواس المرض . . . الخ .

٢ - مرحلة الكمون

يخرج الطفل في عمر بين الخامسة والسابعة من الأزمة الأوديبية وتهدأ النزعات الجسدية حتى سن المراهقة . إلا أنها لا تنطفيء تماماً بل تخفّ تظاهراتها وتطغى عليها الاهتمامات الاجتماعية والمدرسية وتزداد أهمية ودور العوامل الثقافية . الاجتماعية في النمو الغريزي - الانفعالي . يتعلّم هنا الطفل الانطلاق الى العالم الخارجي والانخراط في أنشطة عملية وتكيف إجتماعي ، بينما يتحرّر من ارتباطه العلائقي المقنن على أهله فينشئ علاقات بالموضوع خارج العائلية .

نهيمن خلال هذه المرحلة ثلاث آليات هي :

١ - الكبت : الذي يتمثل بدفع وإقصاء^(١) التمثلات المتعلقة بنزعات

(١) رغم هيمنة استعمال الكبت أو الكف للتعبير عن هذه الالية فإننا نرى أن تعبّر الإقصاء أكثر ملاءمة للمفهوم الذي يقصده التحليل النفسي . لذلك يمكن أن نستعمل هذه الكلمة بذلك المعنى .

تتعارض تلبيةها مع متطلبات أخرى . فيتم إقصاء المركب الأوديبى والتمثلات ما بعد الأوديبية مما يفتح مجالاً حراً متخلصاً من الصراعات يسمح باستيعاب المعطيات التربوية وبتنمية الاهتمامات المعرفية .

٢ - التماهي : التمثل في إستبطان صفات وخصائص يعبر الشخص لذي يمثلها نموذجاً ومثالاً .

- التماهي الأولى الترجسي : يستهدف نشوء هوية الفرد (الذات) نسبة للأم أساساً ويتم ذلك خلال المراحل ما قبل التناسلية .

- التماهي الثانوي الأوديبى : ينشأ بدافع رغبة الطفل بالتشابه مع الوالد من جنسه حتى يجذب حب الوالد الآخر وكذلك بدافع الشعور بالذنب تجاه الوالد من نفس الجنس ، الذي تتم معاوضته بالإمتثال لنموذج هذا الوالد واستبطان قيمه ومثله . . . مما يسمح بتصعيد النزعة الأوديبية .

٣ - التصعيد : وهو آلية لا شعورية توجه فيها الطاقة النزوعية - الغريزية التي إهترضتها موانع ومحرمات سواء كانت جنسية أم عدائية إلى تبدلات كيفية تسمح بإنجاز أهداف وإبداعات ذات قيمة إجتماعية .

تتمثل الأزمة النفسية هنا في الصراع بين النشاط العملي والشعور بالنقص خلال المنافسة وبناء العلاقات الإجتماعية .

وتتظاهر المشاعر السلبية في هذه المرحلة بالخوف من سوء التصرف والشعور بالعجز الكامل . إن مركب النقص يتطور هنا لدى الأطفال الذين عجزوا عن تحقيق نزوعهم إلى النشاط وتكيفهم الإتماهي .

٣ - البلوغ والمراهقة

المراهقة مرحلة حرجية يتعرض فيها التوازن الغريزي - الانفعالي ، الذي توصل إليه الطفل ، إلى التأزم بفعل تكامل النضج الجنسي . فهي فترة مليئة بالصراعات والتناقضات والشعور بالضياع حيث يتكامل خلالها التوازن الديناميكي

بين النزعات اللاشعورية ونزعات ومتطلبات الأنا عبر العوامل الذاتية والمحيطية والاجتماعية وأهمها :

- العوامل البيولوجية المرتبطة خصوصاً بالنضج الجنسي والتبدلات المورفولوجية والوظيفية التي تطرأ على الجسد مما يساهم في تطور صورة الجسد لدى المراهق وتحدث أزمة من التردد والرعونة متعلقة بقبول وبطورية الهوية الجسدية .

- العوامل الثقافية - الاجتماعية ، حيث ينضج الأنا لدى المراهق ويتراجع دور اللاشعور في عملية النمو ، إذ يصبح على الأنا تحمل عبء التكيف والاختيارات القيمة ضمن وتجاه النظم والمؤسسات الاجتماعية والإعداد لاكتساب موقع اجتماعي ومهني وعائلي يضمن له استقلالية حقيقية .

- العوامل العقلية - النفسية حيث تنضج البنية العقلية وملكانها التجريدية التي تفتح مجالات معرفية وإبداعية جديدة أمام المراهق .

كما يتجه المراهق إلى تغيير نمط علاقاته الأسرية والاجتماعية وعلاقاته مع ذاته بحكم التبدلات الغريزية - اللافعالية التي تدفعه إلى استثمار قدراته العاطفية باتجاه مستقل والبحث عن تلبية حاجياته الجديدة على هذا المستوى خارج الإطار الأسري .

يتراشق البلوغ بدفعة غريزية قوية بدخول الرغبات الجنسية في حيز متطلبات واهتمامات المراهق ، إذ يصبح قادراً فيزيولوجياً على ممارسة العلاقات الجنسية لقبول على التخيلات والاستيهامات الجنسية وعلى ممارسة الاستمناء ، يؤدي ذلك ، مع إحياء الصراع الأوديبي وعقدة الإخصاء إلى مشاعر الذنب والقلق ويدفع المراهق إلى الرغبة بالتخلص من إرباطاته وعلاقاته الأسرية وإلى التمرد والتحدي والتشكيك بالقيم الأسرية وحتى الاجتماعية ؛ فيبحث عن نماذج مثالية جديدة تساعد على استكمال وتحديد هويته ، قد يتم ذلك عبر سياق استغلالي لا يؤدي إلى انفصام أسروي ، كما قد يبنى المراهق قيمياً وأسلوب حياة تتناقض مع القيم السائدة في أسرته .

لا يتلقى التدفق الغريزي الجنسي الإشباع الكامل إلا عبر سياق تدريجي ومديد لا يتكامل إلا في نهاية المراهقة . لذلك يتم كبح هذه الطاقة وتحويل تيارها إلى

انشطة أخرى عبر ألبتي دفاع ضد القلق نوعيتين هذه المرحلة هما التزهد والعقلنة .
الذان يدفعان إلى إثراء القيم الأخلاقية والفكرية فالتزهد ينبج عن كبت كل
النزعات الغريزية دون تمييز بينا لا يتم إنكار هذه النزعات في سياق العقلنة إنما تربط
بمحتويات عقلية وفكرية مجردة من المضمون الإقنالي تسمح ببروزها إلى مستوى
الشعور بشكل مسيطر عليه .

إن الإضطرابات النفسية في المراهقة تعتبر إمتدادا لضبابية الهوية ، حيث
ينغمس الفرد في صراع سابق يعود إلى الفاعلية أو الفشل المباشر في حل الضغوط التي
تتظاهر خلال أزمة المراهقة ذاتها . يتظاهر هذا الفشل في حالات من القلق والحصر
والهمود التي يعبر عنها الشعور بالضيق والإستيهامات ونوبات الغضب والتمرد على
الواقع الأسروي . ويترجم النكوص إلى هذه المرحلة لدى الكهل إرتباطا مستمرا
بالدفاعات النفسية للمراهقة مثل الحلم والخيال والإحتجاج الضبابي غير الهادف ،
والعجز عن تأكيد الشخصية المستقلة .

إن المهمة النائية هي محور الأزمة لدى المراهق ، وتتمثل في إعادة تشكيل
الهوية واستيعاب الأدوار الجنسية والاجتماعية والإستقلال تجاه العائلة . أما الوسط
الاجتماعي فهو مجموعات المراهقين وعلاقات الصداقات ويدايات الإهتمامات
العاطفية .

تتمثل الانفعالات السلبية لدى المراهق في خوفه من العجز عن السيطرة على
الدوافع والنزعات الداخلية الجديدة والمتناقضة والإحساس بعداء العالم الخارجي .
يتأثر إضطراب الهوية هنا من تشوش ناجم عن التناقض فيما يتوقعه الآخرون
وعن تناقضات بين المثل ووظائف الأنا والتماهي النابع من مراحل سابقة وبين انماط
اجتماعية سائدة .

٤ - الكهولة

في حوالي سن العشرين يصبح المراهق كهلا تكاملت شخصيته ، له أسلوبه
السلوكي وخصائصه العلائقية والانفعالية التي يني على أساسها مهامه ووظائفه

الذاتية والاجتماعية ويشربها بما يضيف إليها من عناصر ومكتسبات تتحقق عبر تجربته الحياتية . إلا أن الماضي وخصوصا المرحلة الطفولية تترك أثارا وجروحا وندوبا وصراعات لم تحلّ وه تثبتت ، قد لا تكون إلا عوامل وجودية في حدود الأنماط السوية وقد تكون شديدة وضمن محاور أساسية تنزوع عليها الحالات المرضية التي تنجم عن الفشل في إنجاز المهام النهائية الجديدة .

١ - مرحلة الكهولة المبكرة (من العشرين إلى الثلاثين) .

لا يحدث في هذه المرحلة تغير فيزيائي يذكر بينما تبدأ عوامل اجتماعية جديدة بممارسة ضغوطها ، حيث يتوقع من الفرد أن يتحمل مهنة ويؤمن حياته ويختار شريكه .

تتحدد الأزمات النفسية الاجتماعية هنا بقدر كبير على أساس القيم الاجتماعية السائدة في تفاعلها مع القاعدة الغريزية ، الانفعالية المتشكلة . فهدف الفرد هنا هو تحقيق العلاقة العاطفية - الجنسية الحميمة التي لا تتكامل إلا بالقدرة على عطاء الذات ، أي إسترخاء وانطلاق طوعي للهوية والاندماج في العلاقة الجنسية - العاطفية والعمل ومجموع العلاقات الشخصية .

تتمحور المهمة النهائية في هذه المرحلة إذن حول الصراع بين العلاقة الحميمة والانعزال ، وبالتالي إنجاز الإلتزام الشخصي والمبادرة والتعاون .

تتمثل الانفعالات السلبية هنا في الخوف من العفوية والارتباط المتبادل والشعور بالانعزال مع الذات وتجنب المشاركة والمبادرة .

يعود الفشل الجزئي أو الكلي في إنجاز العلاقة الحميمة الى حس مفرط بالآنا . وتدني القدرة على الاسترخاء وعطاء الذات بفعل آليات دفاعية ناجمة عن هوز عاطفي مبكر ومشاعر لا ثقة ولا إطمئنان . . مما يؤدي إلى التظاهرات المتمثلة بالإنطواء والانعزال والإكتفاء الذاتي ، أو تغليب جانب من العلاقات الاجتماعية على الجوانب الأخرى خصوصا العاطفية الحميمة منها .

فالنشاط الجنسي - العاطفي هو للظهر الرئيسي لمدى النجاح في تحقيق العلاقة الحميمة في هذه المرحلة .

إن إكمال الوظيفة الجنسية ، باتخاذها لإطارها الاجتماعي ومضمونها النفسي ،

يتم في هذه الفترة ، وبالتالي فإن الثغرات التي تحدث في إنجازها تعرض لحدوث الاضطرابات والاضطرابات النفسية الجنسية التي تتظاهر أو تكتمل في هذه المرحلة .

كذلك تأخذ الوظائف الاجتماعية للفرد موقعها النهائي وتنضج في هذه السن ، مما يتطلب النجاح في العلاقة الاجتماعية الحميمة مع الأصدقاء وفي العمل ومختلف الأنشطة الاجتماعية الأخرى .

ب - مرحلة الكهولة (من سن الثلاثين إلى حوالي الخامسة والستين)
يصل الفرد في كهولته إلى النضج ويتحمل مسؤولياته الاجتماعية بكاملها خصوصاً المسؤولية العائلية حيث يتوجب عليه مساعدة أفراد آخرين ضمن مهامه المادية والتربوية . وعليه أيضاً تأدية وظيفة اجتماعية منتجة ومبدعة .

هكذا يتمحور الصراع بين الالتزام الاجتماعي والانطواء على الذات ، عبر المهام المهنية والعائلية والتربوية .

تتمثل الانفعالات السلبية المسيطرة في هذه المرحلة في الخوف من المسؤوليات والمهام المهنية الكبيرة ، كذلك في الشعور بالفشل في تربية الأطفال وربط علاقة متينة معهم ، والاحساس بأن الحياة كلها كانت فاشلة .

إن التظاهرات العصبية خلال الكهولة تترجم الفشل في تجاوز الأزمات الرئيسية الطارئة في هذه السن . فالنجاح في إنجاز المهام الراهنة يتعلق دائماً بالدرجة التي تحققت بها حلول متوازنة للقضايا المطروحة في المراحل السابقة حيث أن بقاء آثارها يشكل إستقطاباً سلبياً للطاقة النفسية ويحد من إمكانيات التصرف فيها .

تشاهد الاضطرابات العصبية في العقد الأول من الكهولة خصوصاً عند ولادة أو قرب ولادة طفل . وتتمس لدى النساء خاصة بأعراض نكوصية نحو الطفولة وتعود أساساً إلى ارتباط نفسي وثيق لم يتم حله بأحد الوالدين .

في العقد الثاني قد يتعرض الكهل الى صدمات إنفعالية لحدوث وفيات في العائلة حيث قد يحس ذلك صراعات نفسية قديمة ، وتظهر غالباً بحالات همودية . كما أن ظروف اليأس قد تزيد وطأة الضغوط النفسية مما يحدث اضطرابات في الشخصية .

أما في العقد الثالث الكهلي فإن حالات عصبية من القلق والحصر ووسواس

المرض قد تتظاهر لدى الأفراد الذين يحملون استعدادا نفسيا لذلك .

ج مرحلة الشيخوخة :

فيها يحدث التراجع البيولوجي ويواجه الفرد أزمة الحفاظ على تكامل ذاته بمواجهة حالة اليأس . فهو ينسحب من الإلتزامات والإرتباطات الإجتماعية . كما يقوم بمراجعة حياته وتقييم التجربة الشخصية وتمثيلها بالتجربة الإنسانية العامة . تتمثل الانفعالات السلبية لدى الشيخ بالخوف من الموت واليأس والإستسلام واللامبالاة ، كما قد يشعر بشكل مرضي أنه عبء على الآخرين أو أنه يلقى الإهمال والإستهجان .

الفصل

الثالث

الأعراض والعلاقات المرضية النفسية

الأعراض والعلاقات

١ - إضطرابات المظهر والتعبير العلائقي

أ - المظهر :

تشاهد في عدد من الإضطرابات النفسية شلوكذات في الملبس والمظهر العام تميز منها خصوصاً المظهر والملبس اللذين لا يتوافقان مع العمر (لدى الهستيرائيين) أو مع الجنس الحقيقي (التنكر الجنسي) والإفراط في الأناقة والتجميل (لدى بعض الفصامين) والإهمال والتعري (في حالات التفاس الهومي والعته) .

ب - التعبير العلائقي :

وهو يشمل خصوصاً الإيمائية واللغة (الكلام)

١ - اضطرابات الإيمائية

الإيمائية هي كلّ التعبيرات الوجهية والجسدية والحركات التي تستهدف إستكمال نقل الأفكار والأحداث والإنفعالات والعواطف والتعبير عنها عفويّاً أم إرادياً ويخضع قسم من الإيمائية ودلالاتها إلى نماذج وقواعد ثقافية وإتنية .

● الإيمائية المفرطة :

- الإيمائية المفرطة الشاملة ، تشارك فيها كل عضلات الوجه وحواس وحركات الجسد بنشاط مفرط يعبر عن حركية وتبدل إنفعاليين غير طبيعيين . ويمكن مشاهدتها لدى الهوسيين ولدى المسترباتيين .

- الإيمائية المفرطة المستقطبة : وهي ، على العكس مما سبق تعبر عن تمركز إنفعالي على موضوع وحيد كتشنج الوجه نتيجة للحصر والقلق الشديد أو الإستغراق في حالة الهديان الصوفي .

● الجمود الإيمائي والعطالة الإيمائية

حيث يخلو الوجه من التعبير ويكون البصر ثابتاً أو يعبر المظهر عن العذاب النفسي (لدى المكتئب) أو عن الشرود (لدى الخبول) أو عن السلبية (لدى الفصلي) . كما يشاهد هذا الجمود في التنكسات العتية والتخلف العقلي الشديد .

● التناقضات الإيمائية :

حيث يغيب التوافق الطبيعي المعهود بين سحنة الوجه والمضمون النفسي الإنفعالي للتعبير ، ويشاهد ذلك بنمطين .

- الإيمائيات اللا متوافقة : والإيمائيات الهامشية :

تشاهد خصوصاً لدى الفصامين عندما يناقض التعبير الإبدئي مضمون الحديث أو الموقف القائم . كأن يقصر الفصامي وفاة أمه وبينما تملاً وجهه إبتسامة غريبة كما تلاحظ لديه أحياناً إيماثيات ومسحكات غريبة دون مبرر .

٢ - الإيماثيات المقتضية :

وهي تقلد كالمراة العاكس إيماثيات الطرف المقابل (الصدى الإيماثي) وتشاهد لدى بعض المتخلفين عقلياً والمهستريائيين وبعض الفصامين ولدى كثير من المتأرضين المحادعين .

٢ - اضطرابات اللغة والتعبير اللغوي :

تشكل اللغة والتعبير الكلامي على قاعدة تشريحية عصبية محددة ترتبط ببنية التفكير الذي لا يمكن أن يأخذ سياقه الفيزيولوجي النفسي إلا عبر إنظام الكلمات والإشارات اللغوية ودلالاتها .

يوجد نمطان من اضطرابات اللغة :

أ - الحبسة : وهي اضطراب التعبير أو فهم اللغة أو كليهما معا وتعود إلى إصابة هفوية في الجهاز العصبي المركزي ، كثيراً ما تكون مشتركة مع اضطراب الوظائف الترميزية الأخرى بحدوث العمه الحسي (العجز عن تحديد الأحاسيس) أو العمه الحركي (العجز عن القيام بحركات مركبة منسجمة وهادفة) تكون الحبسة كلية أو جزئية ومن أعراضها : العجز عن التلفظ بالكلام ، تكرار الأصوات النمطي ، المعجز عن الكتابة ، العجز عن القراءة ، العجز عن الحساب ، العجز عن التعرف على أجزاء الجسم ونواحيه (الأيمن ، الأيسر . .) ومن أنواعها : الحبسة النسيانية (العجز عن تذكر الأسماء والمعاني) ، الحبسة ، الحبسة التعبيرية ، الحبسة التعبيرية الإستقبالية الحبسة الصماء (العجز عن فهم الكلام المسموع) ، الحبسة العمياء (العجز عن فهم الكلام المكتوب) . الحبسة الكتابية (العجز عن الكتابة) الحبسة الحركية (العجز عن النطق) الخ . . .

ب - الاضطرابات الكلامية الديناميكية والمنطقية :

١ - اضطرابات النطق : وتعود غالبا إلى تشوهات وإصابات تشريحية في جهاز التصويت .

٢ - التأتأة الحرفية : إستبدال حرف بحرف آخر عند النطق بالألفاظ بشكل دائم .

٣ - التلعثم : اضطراب النطق بالحروف فجائيا والتوقف عن الكلام ويحدث في حالات إنفعال أو توتر نفسي ولحم شديدة .

٤ - التمتمة : اضطراب إنتظام سبل الكلام وإخراجه .

- التمتمة الزمنية : وهي تكرار متقطع لبعض الحروف

- التمتمة التشنجية : يبدأ الكلام بشكل انفجاري أثر توتر تشنجي لأعضاء التصويت .

- التمتمة اللجمية : يحدث الكلام بعد توقف مؤقت وكامل

تعتبر التمتمة اضطرابا نفسيا حركيا يظهر منذ الطفولة ويزداد خلال الانفعالات وحالات التوتر .

٤ - التكرار الكلامي النمطي :

وهو تكرار مديد ، دون هدف ظاهر ، لبعض التعابير أو الكلمات ومنها

الصدى الكلامي وهي تكرار ما يُسمع من كلام . وتشاهد خصوصا في داء باركنسون .

٥ - الإسهال الكلامي :

وهو سبل من الكلام الفائض للشئت أو المرتبط بموضوع معين ، يترافق غالبا

بصراخ وهناء وحركات . ويشاهد في حالات الإثارة وفرط النشاط الهوسية .

٦ - الثثرة الكلامية :

وهي إنفراغ إلى لسلسلة من الكلمات والجمل والتعابير دون رابطة منطقية

بينها ويصعب فهمها . تشاهد في حالات العته الشيخي والفصامات الوخيمة .

٧ - الصمت :

يتمثل في غياب الكلام الإرادي أو اللامقصود ، دون وجود آفة تشريحية أو إصابة مركزية أو عيضية تتعلق بأعضاء التصويت ويمكن أن تعطل الكلام . يكون الصمت جزئيا أو كليا ، إصطفائيا أو شاملا ، عابرا أو مستديما قد يكون الفرد الصموت ، شديد اللجم منظويا يبذل جهدا للتغلب على صمته أو يكون فصاميا يريد الانفصال عن العالم الخارجي أو هذيانا يعبر عن العدائية والمعارضة ، أو هستريائيا يفقد القدرة الوظيفية على الكلام كعرض . . .

٨ - الصمت المصطنع :

يشاهد لدى المتأرضين . . . كما يتخلله الهوسي كأسلوب لعب .

٩ - الاختزال الكلامي :

حيث يحذف المريض الروابط بين الكلمات ولا يستعمل قواعد النحو والصرف .

١٠ - الإضطرابات المنطقية للكلام :

أ - تحريف المعاني (المنطق المجانب) وهو استعمال الكلمات في غير معانيها الأصلية والمعهودة .

ب - إختلاق الكلمات : وهو بناء كلمات جديدة خصوصها لدى الفصامي الذي يستعملها في التعبير عن هذياناته .

ج - إختلاف التعابير .

د - زلات اللسان : وهي شائعة وطبيعية وإن كانت تعبر عن رغبات ونزعات لا شعورية .

الإضطرابات النفسية - الحركية

ترتبط بعض الإضطرابات الحركية بسببية نفسية شكلت عائقا في وجه النمو السوي والمتناسق لبعض الوظائف النفسية - الحركية .

تتظاهر هذه الإضطرابات بنفس الآن بكيفية إندماج الجسد في الحركة والفعل (المبادرة الإستهداف الحركيين والتعبير الجسدي) وبكيفية إندماج الجسد في سياق

العلاقة مع الآخرين على مستوى تظاهراته الإيمائية ووضعيته ومقويته وحركاته وعلى مستوى الأحاسيس الجسدية خلال هذه العلاقة

١ - الرعونة :

وهي اضطراب الفرد في حركاته وملموكة الجسدي ، فهي تظاهر نفسي - حركي مرتبط بالبعد العلائقي يعبر فيه التردد ونقص المهارة والحركات الطائشة عن توتر جسدي ناجم عن قلق نفسي وخوف ووجل ينبع من عدائية مكبوتة ومشاعر ذنب ونقص الثقة بالنفس وبتقديم الآخرين .

يربط بعضهم هذه الرعونة باضطراب إمتياز الجانب المسيطر (الأيمن ، الأيسر) ...

٢ - اللا استقرار النفسي الحركي :

يتجلى بحركة مستديمة وفرط نشاط وإلتخاذ وضعيات جسدية غير مريحة وصعوبة تركيز الانتباه والتوتر واللاضبط الانفعالي .
ويعتبر هذا السلوك دفاها ضد الحصر والقلق وغياب الشعور بالأمن .

٣ - الهياج :

يحدث بنوبات تتداخل فيها حركات هسوائية تعبر عن نزعات غريزية واضطرابات عاطفية بأفعال عدوانية أو استعراضية أو نزوات الخ ...
تشاهد أشكال مختلفة من الهياج في النوبات المستيراثية والسكر الكحولي ، والهلوسان الارتعاشي ، والهوس والسيكوباتيا .

٤ - اللجم النفسي الحركي :

يتظاهر بضبط شديد وبطء في الحركات وفي الكلام ووضعيات متوترة ورعونة

والإحساس بالانزعاج واللا إرتياح . تشاهد على المستوى النفسي لجها ذهنيا وخياليا ونحجلا وسلبية وفرط ضبط ذاتي يُفسر بوجود شحنة قوية من العدوانية وقلقا ينجم عن ضغط النزعات الجنسية والعدوانية المكبوتة .

٥ - الذهول :

يتوقف هنا كل نشاط حركي وتعبيري كاللغة والإيمائية إلا أن ذلك قد يخفي استمرار نشاط ذهني ونفسي باطن . تشاهد مريريا حالات ذهول إنفعالي نتيجة لصدمة عاطفية تجمد للمشاعر وحالات ذهول إكتسابي ، وذهول جمودي وذهول تغيمي . . .

٦ - التخشب :

حيث يفقد الفرد المباشرة الحركية ويحافظ على وضعية متصلبة مفروضة تشاهد هذه الحالة في الفصام الجمودي وفي النوبات التخشبية الهستيرائية .

٧ - الحركات الهامشية :

حركات شاذة وغريبة تحل محل الحركات الطبيعية أو تقلدها أو تشوشها وهي حركات آلية مستمرة ومتكررة كحركات الإهتزاز ، والنواس والدوران وتشاهد خصوصا لدى بعض الفصامين والعتهيين وفي التخلف العقلي الشديد . ولا يجب الخلط بين هذا الاضطراب والشلو ذات الحركية التي يحدثها الإستعمال المديد (لعدة سنوات) للأدوية المثبطة العصبية .

٨ - العرات :

هي حركات سريعة ومفاجئة ، عفوية تتكرر باستمرار دون أن يكون لها هدف أو دور وظيفي .

تتظاهر العرات بأشكال لا حصر لها خصوصا على مستوى التعبير الوجهي كحركات العينين والأنف والحاجبين ومختلف عضلات الوجه واللسان والنفخ

والصفير والنحنحة والسعال وإصدار أصوات مختلفة ، وهز الرأس ، وإنتفاخه ولوي الرقبة وهز الكتف وحك مناطق من الجسد وتنف الأشعار الخ .

ويلاحظ أن كل هذه الحركات تتعلق بنواحي ترتبط في وظيفتها أو تعبيرها بالاتصال الاجتماعي .

لا يوجد تطوّر ثابت للحركات فهي قد تختفي أو تتحوّل أو تعود للظهور أو تستقرّ نهائياً .

تعبّر الحركات عن توتر داخلي وتنبع من حالات عصبية حصرية ووسواسية . ويشاهد أحيانا تناذر حركات يفسر بتشكّل عصابي للطبع أو «بعضاب حركي» يعتبر مكافئاً لاضطراب سيكوسوماتي (نفسجسمي) .

٢ - اضطرابات الحس والإدراك والتمثلات

اضطرابات الحس والإدراك

قد يضطرب الحس والإدراك لأسباب عضوية كإصابات الأعضاء الحسية والإصابات العصبية المركزية والمحيطية .

كما تحدث اضطرابات وظيفية بالحس والإدراك تعود لحالات نفسية مرضية .

- ١ - تشوّحات الحس المرضية :

وهي أحاسيس غير طبيعية كالإحساس بالوخز أو بالحرق أو بالمنص أو بالضغط أو بالألم في نواحي مختلفة من الجسم دون أن يعود ذلك إلى مرض عضوي .

- ٢ - فرط التأثر بالمثيرات الحسية كالأصوات والنور والروائح والألم تشاهد في حالات الوهن العصبي والنفسي ، وفي بدايات الفصام والتشوش الذهني .

- ٣ - تدني الإستقبال الحسي حيث تتغيّر صورة العالم الخارجي وينقص تمييز المثيرات الحسية .

٤ - إهتزاز الواقع

لا يوجد هنا تشوش لإدراك على مستوى حسي إلا أن الفرد يجد أن المحيط غريب ومهتز وغير حقيقي .

ب اضطرابات التمثلات المتعلقة بالإدراك .

١ - الأوهام

حيث يتم إدراك الظواهر والأشياء المحيطة بأسلوب خاطيء ومشوش . يحدث ذلك في حالات طبيعية (كالخداع البصري : السراب) كما يحدث في حالات مرضية تميز فيها الأوهام ذات المنشأ الانفعالي ، والأوهام السمعية التأويلية ، الأوهام الصورية .

أ - الأوهام ذات المنشأ الانفعالي

تحدث عندما يكون الفرد تحت تأثير انفعال شديد كالخوف والقلق أو الانتظار فيتوهم رداءاً معلقاً شخصاً يترصده أو حبلاً يتدلى ثعباناً يزحف نحوه إلخ صوت الريح وقع خطوات .

ب - الأوهام السمعية التأويلية

حيث يلتقط الفرد معاني خاطئة للأحداث والكلمات التي تقال حوله ، خصوصاً عندما تكون غير مسموعة بوضوح فيخالها تهديدات وشتائم واتهامات تستهدفه .

ج الأوهام الصورية :

في هذا الاضطراب يتحول إدراك صور عادية إلى صور تأخذ مظهراً غريباً وعجائبياً . مثلاً تأخذ شجرة بعيدة شكل كائن بشري أو يبدو ظل مصباح مضيء حيواناً مرعباً

٢ - الأهلـاس

هي حالات إدراك وهمي لا يعتمد على مشيرات حسية خارجية ولا يستلزم الواقع بصلة . تتنوع الأهلـاس فتكون سمعية أو بصرية أو شمعية أو ذوقية أو لمسية أو حسية

حشوية وعضلية . وقد تحدث أهلاس مشتركة تجتمع فيها عدة حواس .

أ الأهلاس السمعية

حيث تُسمع أصوات وكلمات وأحاديث قريبة أو بعيدة قد يميزها المريض أو لا يميزها غالباً ما تتعلق به وتأخذ شكل نداءات أو إتهامات أو أوامر . يتخذ المريض عند هذه الأهلاس وضعية إلتباه واستماع وقد يتحدث مع هذه الأصوات ويجيبها أو قد يحاول تجنبها والهروب منها بوضع القطن في أذنيه أو برفع صوت الراديو على أشده .

ب الأهلاس البصرية

وهي مبصرات وهمية قد لا تكون محدودة ، تأخذ شكل بقع ألوان وأضواء ونيران ودخان أو تمثل مشاهد وأشخاص وحيوانات مخيفة ويكون حجمها طبيعياً أو هائلاً أو مصغراً . كما قد يشاهد المريض ذاته أو يتوهم تجليات روحانية وإلهية

ج) الأهلاس الشمية والذوقية :

تتعلق غالباً بطعم أو روائح منفرة وكثيراً ما يرفض المريض الطعام زاهياً أنه فاسد أو مسموم .

د) الأهلاس اللمسية

تمثل بأحاسيس دون مشيرات ، على الجسم بالبرود والحرارة وبزحف حيوانات على الجلد أو ميلان سوائل . وقد يشعر المريض أن أحداً يمسه أو يعضه أو يقطع جسمه أو يداعبه .

هـ) الأهلاس الحسية الحشوية

يحس المريض بتبدلات في أحشائه أو بوجود أجسام غريبة فيها جامدة أو حشرات وحيوانات تسكن أمعائه أو شياطين تختبئ في بطنه أو يتعفن أحشائه واندثارها الخ

تقسم كل الأهلّاس إلى أهلّاس حقيقية وأهلّاس مشبّهة أو نفسية .
فالأهلّاس الحقيقية تتميز بحسيتها وارتباطها بالحواس وتحدّثها المكاني واقتناع
المريض بوجودها الفعلي بينما تتصف الأهلّاس المشبّهة بأنّها لا ترتبط بحواس معيّنة بل
تنطلق من داخل جسم المريض ، خصوصاً رأسه ، كأن يسمع أصواتاً في رأسه ،
وهي لا تملك دقة ووضوح الأهلّاس الحقيقية ولا يتبنّاها المريض كأحاسيس ذاتية بل
يمزوها إلى تأثيرات خارجية وإلى وجود أفراد أو أجهزة تحاول تشويش أفكاره أو
سرقته أو التأثير عليه وبحسّ بأنه في وضعية مصطنعة وغير طبيعية .

و) الأهلّاس النومية

وهي أوهام حسّية بصرية تحدث في مرحلة ما قبل النوم بينما يشاهدها
المريض عندما يخلق حينه فتبدّله أشكال ووجوه تكثّر له أو تهدّده وكذلك حيوانات
ومناظر ونباتات غريبة .

ز) الأهلّاس المحدثة :

يمكن الإيحاء بالأهلّاس خلال جلسة تنويمية ، كما يمكن إحداثها عند مريض
يحمل استعداداً لذلك بالتجاوب التالية

١ - علامة ليبيان : يتم إحداث الإهلّاس بالإيحاء والضغط على الكرتين
العنيتين

٢ - علامة ريشارت : تقدّم ورقة بيضاء للمريض ثم يطلب منه وصف
ما يشاهده عليها

٣ - علامة أشافنبرغ : يقدم للمريض هاتف معطل ويطلب منه التحدّث مع
مخاطبه .

٣ - اضطرابات اليقظة

يتقارب معنى اليقظة والوعي وتدرس هنا الوظائف التي تسمح للفرد بتحديد
موقعه الزماني والمكاني والاجتماعي تجاه محيطه وقدرته على التوفيق بين الواقع

الموضوعي وسياقه الشعوري الباطن والتكيف مع المتغيرات المتبدلة التي يدركها .
أ الانتباه

وهو الاستعداد الذهني الذي يوجه النشاط النفسي ويركزه على مجال محدد .
تشارك في هذه العملية المستقبلات الحسية الحركية والمقوية العامة والوظائف الانبائية
(التنفسية والدورانية والإقرازية الحشوية) والخلطية .

والانتباه إرادي موجه أو عفوي .
يزداد الانتباه إصطفائياً في حالات القلق والاكتئاب (الهمود) والقلق
والهذيان .

يتناقص الانتباه لدى المضطرب والمزني ويتباين لدى النفسي .

ب التوجه الزماني - المكاني

وهو يسمح بموضعة الذات في السياق الزمني والإمتداد المكاني عبر حرك
خاص كضرورتها من التكيف مع العالم الواقعي .
يشكل التوجه الزمني المكاني العرض الرئيسي للتخليط الذهني

ج اضطرابات اليقظة ومجال الوعي الكمي

١) تدني اليقظة يميز التخليط الذهني ويعتف حسب درجات تحد مدى انحلال
الوعي .

● الإندهاش حيث يبدو المريض مشدوها ، مجهد النشاط النفسي لا يستجيب
للعديد من المثيرات الحسية .

● التبلد الذهني : يحدث تخلف وتجمد وثقل نفسي وخمول عقلي .

● نعيم الوعي : تشوش عميق للوعي ولا توجه زمني - مكاني والتخليط
الواقعي الخلمي وإستحالة تثبيت الذاكرة .

٢) فرط اليقظة

تتظاهر بامثارة نفسية وحركية مفرطة وانتباه مشّت وتنفّي هبوط الوظائف
الذهنية وتترافق بإضطرابات إنفعالية وعاطفية ، تشاهد في حالات شبه حلمية ،
وهياج شبه هوسي وعند تناول المخدرات

د اضطرابات اليقظة الكيفية

● تضيق مجال الوعي :

يحدث في حالة الضعف النفسي واستقطاب النشاط الذهني إلى إهتمام محدد .
يشاهد في الهستيريا والمصابات الرضوية والإرتكاسية الحادة .

الحالات الغروبية :

تقارب حالات التنويم ، حيث يقوم الفرد بنشاط آلي يختلف عن نشاطه
المعهود إلا أنه منسجم ويرافقها إضطراب الحس بالواقع ، ويتداخل فيها الخيال مع
الحقيقة .

● الحالات الإزدواجية (الثانية)

حيث يتبع المريض نمطاً سلوكياً يختلف تماماً عن سلوكه المعهود وشخصيته
وتشاهد لدى الهستريائيين والسرغمائيين (النشاط الحركي خلال النوم) الخ

● الحالات الحلمية

يحدث لدى المريض نشاط حلمي يختلط ويتداخل مع الواقع فيخاله حقيقة
ويفعل ويتصرف على أساس ذلك . يشاهد هذا الإضراب في الهذيان الإرتعاشي

● الحالات شبه الحلمية

هي حالات حادة تتميز بانفجار أفكار هذيانية متنوعة متعددة تؤدي لاضطراب
وعي الفرد بذاته وعلاقته بالعالم الخارجي .

٤ اضطرابات الوعي بالذات

يتعلق الوعي بالذات بخلاصة التجربة العميقة للفرد في بعدها الستاتيكي

المادي والنفسى الواهن وفي بعدها الديناميكي . فهو يشمل :

- الوعي بالجسد والصورة الجسدية في بنياتها وديناميكتها العضوية والوظيفية ، الفاعلة والمتفعلة (الاستقبلية)

- التجربة النفسية الناجمة عن توافق وتفاعل الأفكار والتصوّرات والأحاسيس والرغبات والإنفعالات والتي تبلور في وعي بحقيقة الذات وجودها العميق وحدودها وتحدّد للهوية الشخصية وتعرّف على هوية الآخر .

أ اضطرابات الصورة الجسدية والتجربة الجسدية

تنبع الصورة الجسدية من نضج واندماج الوظائف النفسية - الحركية والغريزية - الانفعالية والإدراكية والاجتماعية

إضطرابات عصبية عضوية :

تحدث خصوصاً في إصابات الفص الجداري

أ في إصابات الفص الجداري المسيطر (الأيسر عادة) :

- اللاتعرّف اللمسي (لا يمكن التعرف على الملموسات دون مساعدة البصر)

- تناظر غرثشمان : يشمل : لا تعرف لمسي - لا تميز بين اليمين واليسار عمه

حركي - عجز عن الكتابة - عجز عن الحساب - عجز عن تحديد نواحي الجسد

ب في إصابات الفص الجداري اللأسيطر (الأيمن) :

- تناذر أنتون - باينسكي : يشمل : فقدان التعرف على نصف الجسم الأيسر

- شلل نصف الجسم الأيسر - لا يمي المريض وجود إضطرابه ويتصرف كأنه

غير مصاب

ج في إصابات الفص القفوي :

- اللاتعرّف البصري : يكون كلياً أو جزئياً ، من أنواعه

● اللاتعرّف اللوني

● اللاتعرّف على الوجوه .

٢ الإحساس بالعضو الوهمي (الشبح)

يحدث بكثرة لدى الأشخاص الذين يتر أحد أطرافهم أو أعضائهم وإثر المداخلات الجراحية الإستئصالية . فيستمر إحساس الفرد بوجود عضوه ويتصرف على هذا الأساس كما تحدث لديه أحاسيس هلمسية (كالآلم ، والحرق والتنمل) على مستوى العضو الوهمي .

٤ - الإضطرابات الحسية تحدث خصوصاً لدى المراقبين (يمكن الرجوع إلى الفقرة التي تتناول إضطرابات الحس والإدراك . .)

ب انحلال الشخصية (ضياع الشخصية)

يضطرب وهي المريض في هذه الحالة فيحس بإزدواج أو تبدل أو انحلال في شخصيته فيفقد التعرف على ذاته وهويته كما تحدث إضطرابات في وعيه الجسدي . وقد يقتصر الإضطراب على الوعي الجسدي متمثلاً بشعور بغرابة الجسد وهدم إعتباره جزءاً من الذات والشعور بأن حركاته وأفعاله غريبة وآلية لا تنتمي إلى إرادة المريض ورغباته . وقد يقتصر على الوعي «بالأنا» النفسية أي النشاط النفسي الداخلي . أو يكون شاملاً للوعي والشخصية فيجمع الإضطراب إستلاباً في الأفكار والأحاسيس والتمثيلات والأفعال والذكريات والإدراك والعلاقات مع العالم الخارجي ، فتبدو غريبة ينكرها المريض ولا يعترف باتمائها له وإرتباطها بهويته . فيحس بأنه تبدل ولم يعد مثلما كان أو أنه مزدوج ولا يستطيع تمييز أي «أنا» هي «أنا» الحقيقية الخ

يرافق انحلال الشخصية أحياناً بإحساس باهتزاز الواقع فيبدو العالم الخارجي ، للمريض ، غريباً ، خيالياً ، خرافياً ، بعيداً ، جامداً ، غائماً مليئاً بأشباح وغير ملموس فيشك بحقيقته ووجوده . وهو كثيراً ما يصف هذه الأحاسيس الداخلية والخارجية بصفة الغرابة .

إن حالات انحلال الشخصية الخفيفة والعابرة تحدث أحياناً لدى أفراد «عاديين» من الشباب إثر أزمة علائقية حادة ويأس وشعور بالاهمال والحرمان .

وتشاهد هذه الحالات إثر تناول المخدرات .

عن المستوى المرضي تحدث أزمات من الشعور بانحلال الشخصية في الأمراض العصبية (الهستيريا ، الوهن النفسي ، العصاب القهري الوسواسي) وفي الحمود والحالات الحلودية . وتظاهر هذه الأزمات لدى الشخصيات اللا ناضحة والترجسية كارتكاس تجاه مواقف حرمان وإهمال وعوز عاطفي فعلية أو موهومة .

أما انحلال الشخصية لدى العصامي فهو يختلف بوخامته ويمثل غالباً حالة مستديمة يحدث فيها تجزأ وتقطع للبنية والديناميكية النفسيتين يضطرب فيها الانسجام الحسدي والهوية والوعي بالآنا النفسية والعمق الحميم للشخص .

ج الفرع

يحدث هذا الاضطراب خصوصاً عند تطور حاد للمرضية النفسية ينجم عنه إختلال في الوعي بالذات . وفي التعرف والتكيف مع المحيط . يحس المريض بحدوث تبدل غريب عنده ويبدو له كل شيء غير عادي وغير مفهوم فيظهر على سحنه الاندهاش والخوف كأنه يبحث عن شيء ما وينظر بقلق إلى ما يحيط به ، يغمغم كلمات غير مفهومة ويقوم بحركات هروب وفرع ، يتسم سلوكه بالتردد ويلقي أسئلة متقطعة يستفسر فيها عن حالته وهاً حدث له وهاً يجري حوله .

هـ - اضطرابات التفكير والمحاكمة

اضطرابات التفكير

التفكير هو السياق الذهني الإرادي والعفوي الذي يمثل تفاعل عناصر التجربة الشخصية وتجريدها ونموها وتطورها طبقاً للملكات النفسية والعقلية للفرد . وتندمج المشاعر والانفعالات والذكريات باستمرار في النشاط الفكري .

أ - اضطرابات مجرى التفكير

اضطرابات النظر الفكري

١ - تسرع النشاط الفكري :

تتعاقب الأفكار بسرعة شديدة وينشط التداعي متقللاً من الخيال والتصورات الى الذكريات والمحاكمات والسرديات الخ . . . قد تصل الى درجة هروب الأفكار لدى المريض وعجزه عن تعقبها وتصبح إذاك مختلطة ومشوشة ، متناقضة كما ينزع التفكير الى السطحية والشروء حيث يتبدل فجائياً وبسرعة ويصبح متعلقاً بالمثيرات الخارجية والتبدلات التي تطرأ على المحيط .

تشاهد هذه الحالة في النوبات الهوسية ، ومراحل من الداء الصرعي وفي بعض الانسجمات (بالأمفيتامين ، القنب ، النيكوتين . . .)

٢ - ثباط النشاط الفكري :

ينال الجمود التفكير الذي يصبح متثقلاً لزجاً قليل الشراء ، يصعب عليه الانتقال من موضوع لآخر وقليل التأثير بالمثيرات .

يشكو المريض هنا من إحساس بالفراغ الذهني حيث لا ترد أي أفكار الى رأسه ، وهو لا يبادر بالتحدث الى الآخرين ولا يجيب على الأسئلة إلا باقتضاب شديد . تشاهد هذه الحالة لدى الممودين الذين ، بالاضافة إلى بطئهم الفكري ، يتركزون على نمط وحيد من التداعي يتعلق بأفكار الموت والمآسي ، والذنب والفواجع .

أما في حالة التخليط الذهني فيكون التفكير غائماً ومشوشاً ويعود البطء الفكري الى تدني الوظائف العقلية النفسية والفيزيولوجية واضطراب الحس والإدراك والوعي .

إضطرابات السياق الفكري.

١ - التفكير المفصل :

يترافق بلزوجة فكرية شديدة وتباطؤ ذهني . يصعب على المريض هنا الانتقال

من موضوع الى اخر فهو يفرض من التفاصيل ويكررها ويعجز عن تمييز العناصر الهامة عن الهامشية في موضوعه . وكثيرا ما يتوه تفكيره ويصعب فهم ما يقصده . يشاهد هذا الاضطراب بالخصوص عند الصرعين .

٢ - تشوش السياق الفكري وتقطعه :

يشاهد لدى الفصامي الذي يفقد القدرة على التنسيق بين أفكاره ، فيتوقف مثلا فجأة عن الحديث ثم يعود الى موضوعه بأسلوب مختلف أو ينتقل الى موضوع آخر دون سابق إنذار .

أو يشاهد لا تناسق فكري يعبر عن عجز عن الربط بين الأحاسيس والتمثلات والمفاهيم والمحاكيات واضطراب الداعي بحيث يتكون التعبير من كلمات وجل لا ترابط بينها الا بالقافية أحيانا .

٣ - رتابة التفكير :

حيث يتوقف التفكير على نفس التمثلات ويتظاهر بتكرار دائم لنفس الجمل والكلمات أو الإجابات مثلا : « من أين أتيت ؟ - من القرية - مع من أتيت ؟ - من القرية - ما اسمك ؟ - من القرية - من هو طبيبك ؟ - من القرية » .

ب - اضطرابات محتوى التفكير

يتشكل محتوى التفكير من أفكار وأحاسيس ومشاعر وصور وذاكرات تخضع للتفاعل والتحليل والتركيب والتعبير .

١ التفكير الخيالي واللاواقعي :

يتشكل في الحالة السوية من الأحلام وأحلام اليقظة والخيالات والإلهام المبدع وعموما كل الإسهامات المنتجة بالانفعال والتي تمثل تحقيقاً خياليا لرغبات وطمرحات شعورية أو لا شعورية .

- إلا أن هذا النشاط الخيالي قد يصبح مرضياً عندما يشكل لدى الفرد تعويضاً ومهرباً من مواجهة الواقع . كما يحدث في عدة حالات عصابية .
- أما في هوس الخرافة (أو هوس الكذب) فينتزع الفرد إلى الافتراء والكذب وسرد مغامرات أسطورية على أنها حقيقة ، بدافع شعوري أولاً شعوري حتى يتعذر عليه التمييز بين الواقع الموضوعي وإنتاجه الخيالي .
- قد يصطرب مضمون التفكير عبر تناثر الآلية الذهنية الذي يشمل عدداً من الأهلـاس النفسية وشعوراً بفقدان إستقلالية التفكير والسيطرة عليه إضافة لأفكار غريبة ومسلطة .
- تجزأ التفكير حيث يصبح النشاط الفكري خليطاً من العناصر اللامترابطة .
- اللاتوافق الفكري الانفعالي المتمثل في تباين بين التعبير الكلامي والتعبير الانفعالي .

٢ - الأفكار الثابتة (المسلطة ، المسيطرة)

- هي أفكار تستمد منبعا من واقع الفرد ومن أحداث فعلية في حياته اليومية إلا أنها تستقطب شحنة إنفعالية كبيرة وتأخذ أهمية متعظمة في تفكير الشخص لا تتفق غالباً مع قيمتها الفعلية ، بحيث تستحوذ على ذهن الشخص وتشوش أنشطته الفكرية الأخرى إذ تكون حاضرة باستمرار في سياقه الفكري .
- قد تكون في الحالة السوية دافعاً إلى القيام بجهد استثنائي وتحقيق إنجاز إبداعي أما في الحالات المرضية فإنها قد تكون إرتكاسية تجاه صدمة إنفعالية (فشل ، حداث) أو معبرة عن هذيان كحولي أو إحتداد إكتسابي أو تصبح محور هذيان زوربة كهذيان الغيرة .

٣) الوسواس - الأفكار والأفعال القسرية

- تمثل الحالات الوسواسية والقسرية في ظهور أفكار أو مخاوف أو مشاعر أو نزعات ورغبات في السياق الذهني للشخص يشعر بأنها تتناقض مع المنطق

والمحاكمة العقلية أو مع «أناء» ورغباته الواعية . وتظل هذه الأفكار حاضرة في ذهنه رغم مقاومته لها ، وهي تؤدي الى توتر وقلق وتوجس واضطرابات إنبائية .

أ - الوسواس والقسريات الفكرية

وهي عدة أنماط منها :

- قسر الشخص على القيام في ذهنه بعمليات حسابية أو سرد سلسلة كلمات أو جمل أو قواعد أو ممارسة طقوس ذهنية كعدّ خطواته أو المنازل أو الأشجار التي يمرّ بها .

- بروز أسئلة وتساؤلات لا منطقية في ذهن المريض ، لا جدوى منها وهي تتكرر قسرياً مثل «لماذا هي السماء زرقاء ؟» «لماذا هي الأرض مكورة ؟»
- بروز مخاوف قسرية لا مبرر لها مثل الخوف من حدوث زلزال أو من انهيار السقف أو من حدوث طوفان أو كارثة الخ وقد ترتبط هذه المخاوف بالرهابات عندما يتحدّد موضوعها ويكون ثابتاً .

- اجترار الشخص للأحداث التي مرّت به واستعادتها عدة مرات ومحاسبة نفسه وإنشاء افتراضات حولها (ماذا لو حدث الأمر بشكل مختلف ؟ أو لو تصرفت بأسلوب آخر ؟ .) وترافقها مشاعر الندم والخيبة والقلق والفشل والألم والذنب وأحياناً تغاؤل وغبطة مترافقين بالتوتر والقلق وعدم الثقة . وأحياناً يتعلق الاجترار والتساؤلات والشكوك والمخاوف بمواضيع محدّدة روحانية ودينية وأخلاقية .

ب - الوسواس الرهاية (القسريات الرهاية)

حيث يتمركز الوسواس حول موقف محدّد فيتظاهر بأحاسيس مؤلمة وحصر وقلق وخوف وكرب بمواجهة شيء أو موقف محدّد . لذلك يحدث خوف متسلط مرتبط بذلك الموقف لا يستطيع الفرد طرده رغم إقتناعه بسخافته ولا منطقته ويؤدي ذلك إلى سلوكيات تجنب .

من هذه الرهابات : رهاب الخلاء . الخوف من المساحات الواسعة .

رهاب الحصر : الخوف من الأماكن المغلقة والضيقة .

رهاب الأعالي : الخوف من الأماكن العالية .

رهاب الإتساخ : الخوف من الاتساخ .

الرهابات الاجتماعية : كالخوف من الشوارع المليئة بالناس ومن الأماكن العامة والخوف من إحمراء الوجه والخوف من التحدث إلى مجموعة من الناس .

رهابات المرض : الخوف من الأمراض كرهاب السيفليس ، رهاب السرطان ، رهاب أمراض القلب .

وتترافق الرهابات بارتكاسات واضطرابات إنباتية مع الحصر والقلق والخوف .

ج الوسواس التزوية

- المول أو الرغبات الوسواسية (القسرية)

حيث يحس الفرد برغبة فجائية في القيام بعمل خيف لا مبرر له كأن يمسك بأذن أحد المارة أو يكشر للعابرين أو يرقص بالشارع إلا أنه لا ينفذ هذه الرغبات التي تشكل تبريراً لا شعورياً للاتطواء وتجنب الاختلاط الاجتماعي .

- النزوات القسرية أو رهابات النزوة

حيث يشعر المريض بدافع (لا يتحقق إطلاقاً) للقيام بعمل ما كإلقاء نفسه من النافذة أو نزع ملابسه أمام الحاضرين . . الخ .

- الأعمال القسرية

هنا ينفذ المريض أعمالاً تتعلق بأفكار الشكوك والمخاوف والتردد التي تسيطر على تفكيره ، كالتحقق من إغلاق باب منزله عدة مرات والتأكد من إطفاء الأنوار أو إغلاق الغاز ، أو من وجود بعض الأشياء في مكانها .

الطقوس القسرية

وهو سلسلة طقوس يلجأ إليها المريض للتخفيف من وساوسه وقلقه مثل غسل اليدين بالصابون عشر مرات متتالية أو تلاوة جمل محدّدة قبل النوم أو تهيئة الفراش بوضعية محدّدة . . الخ .

٤ - الرهابات

سبق ذكرها في سياق الأفكار الوسواسية والقسرية فهي من نوعها إلا/أنها تتمركز في استقطاب محدد يرتبط بموقف بعينه ممّا يشكل دفاعاً ضدّ تعمّم القلق بتحويله وتكثيفه على مواضيع رمزية . مما يمرّر الشخص من الوساس والحصر فيها يخالف ذلك من المواقف . ونظراً لأن الرهابات تشكّل العرض الجوهرى للعصاب الرهابي ، فيمكن إعتبارها سريراً خطأ مرضياً مستقلاً نسبياً عن بقية الوساس والأفكار القسرية .

٥ - الأفكار الهذيانية

تتميز الأفكار الهذيانية عن خلل المحاكمة والأفكار الخاطئة فهي تشتم بقناعة شبه مطلقة لا يمكن دحضها ولا يمكن أن يطالها النقد أو للمحاكمة أو الإثبات فهي «بداية داخلية» تعبّر عن اضطراب وخيم في البنية النفسية للفرد . تؤثر الأفكار الهذيانية بعمق على الفرد وتوجّه سلوكه وكلّ أفعاله . تكون الأفكار الهذيانية شخصية فلا يشارك المريض فيها أفراد آخرون من نفس الإثناء العرقي والثقافي الاجتماعي ومن نفس العمر والعصر والمعتقدات . بحيث لا يمكن إعتبار بعض المعتقدات التقليدية والخرافية والناجمة عن الجهل أو الوسط الثقافي هذياناً (كالاعتقاد بالسحر) بينما قد تكون هذيانية فعلاً في ظروف ومحيط مختلفة .

تكون الهذيانات دائمة أو عابرة ، وحيدة أو متعدّدة ، ثابتة أو متبدّلة وتُفسّر بكونها تنجم عن آليات إسقاطية لا شعورية تحرّر الشخص من أحاسيس وعواطف مزعجة . فينسبها إلى أشخاص آخرين .

يمكن تقسيم الأفكار الهذيانية ، سريراً الى مجموعات ثلاث :

أ - أفكار التعقّب الهذيانة

١ - هذيان التعقّب :

يعتقد المريض أن أشخاصا يراقبونه ويلاحقونه قصد قتله أو الإساءة إليه . ويشكو من أضرار واعتداءات تلحق به وبأفلاكه ومهنته وأسرته وتدعم أهلاس سمعية دعواه بتلقيه تهديدات وشتائم كما يقوم بتأويل خاطيء لبعض الوقائع والمحسوسات .

٢ - هذيان التأثير

يعتقد المريض بوجود قوى خارجية تؤثر على أفكاره وأحكامه أو أقواله أو أفعاله أو إرادته ويعزو ذلك إلى التنويم المغناطيسي أو توارد الخواطر أو قوى شيطانية أو إلهية الخ .

٣ - هذيان العلاقة :

هذيان تأويلي يعتقد فيه المريض بأن كل ما يحدث حوله يتعلق به ، فالناس يتحدثون عنه ويسخفرون منه ويتغامزون عليه ويضحكون بهزه منه مما يدفعه إلى تجنب الأماكن العامة والحرب من الاختلاط بالناس .

٤ - هذيان التسمم

حيث توجد لدى المريض قناعة راسخة بوجود من يريد أن يفس له السم . لذلك يرفض تناول الطعام والأدوية ويراقب الآخرين خوفا أن يقوموا بتسميمه ويشترى ويعد طعامه بنفسه . الخ .

٥ - هذيان الإساءة المادية

يحمل المريض القناعة بأن من حوله يقومون باختلاس أمواله وسرقة ثيابه وأثاثه . وأن بعضهم يتلقى مرتبه ويتركه في حالة عوز وفقر . الخ .

٦ - هذيان السحر :

يقتنع الشخص أنه ضحية توائم أو تعاويذ سحرية ، وأنه شرب سائلاً سحرباً أفقده قوته أو إرادته أو أن تيممة مسحورة غجبة في بيته . . الخ .

٧ - هذيان الاتهام

يحمل المريض قناعة حاسمة بأن من حوله من أشخاص يتهمونه بارتكاب محرمات وجرائم ويعتقدون بأنه لصّ ومنحرف وفاسد أخلاقياً إلا أنه لا يستطيع إثبات براءته ، خصوصاً لوجود من يقوم بتزييف الحقائق . .

٨ - هذيان الغيرة

هذيان عاطفي يجعل المريض يعتقد بخيانة زوجته ، وبينى ، على أساس وقائع تافهة لا معنى لها ، تأويلات وبنياتا متناسقاً يجد فيه دليلاً حاسماً لا يقبل الشك على الخيانة الزوجية .

ب - هذيانات العظمة

١ - هذيان الاختراع

يكون المريض مقتنعاً بأنه نوصّل الى كشف هام واختراع سيغير مصير البشرية أو أنه تمكن من صياغة نظرية اجتماعية ستحقق الرخاء والسعادة وتحلّ كل مشاكل المجتمع . . الخ ويسمى في هذه الحالة هذيان الإصلاّح .

٢ - هذيان النبوة :

يعتقد المريض بأنه لا يتّمي إلى الأسرة التي يعيش فيها بل هو ابنها بالتبني بينما والداه الحقيقيان هما من كبار الأغنياء أو من عظماء الناس ومن النبلاء أو الملوك . . الخ .

٣ - هذيان الثروة

يدّعي المريض بأنه يملك ثروات هائلة وأراضي شاسعة وقصوراً فخمة ومناجم ذهب ويعد بتقديم مساعدات وهدايا إلى أفراد محيطه الخ .

٤ - هذيان الهوس الشهواني

هذيان عاطفي يعتقد فيه المريض خطأ بوجود شخص موّله بحبه سواء كان هذا الشخص خفياً أو متواجداً بمحيطه . فيكتب الرسائل الغرامية ويتحدث عن عشقه ويفسر كل حركات وسكنات هذا الشخص بأنها علامات ودلالات على حبه . وقد يعتقد المريض بوجود عدة عشاق له .

٥ - هذيان التعظيم والخيلاء

يجل هنا هذيان العظمة إلى أقصاه فيقتنع المريض بأن كل أموال العالم ملكه وكل أطفال الأرض أبنائه وأنه كتب كل السفونيات وكل الكتب وأنه يمكنه تحقيق المعجزات والتحكّم بالكون الخ ..

ج - الأفكار الهذيانة الصغارية (الهمودية ، السلبية) —————

١ - هذيان الصغار والالتهام الذاتي والذنب والخطيئة :

يكون المريض مقتنعاً بتفاهة قيمته الذاتية فيعتقد بأنه غير جدير بالحياة ولا بأي شيء يقدم له من طعام أو شراب أو لباس بل يظن أنه ثقل على الآخرين وأنه يعتدي على حقوقهم وأن وجوده خطر على العالم ويرى أن ماضيه حافل بالخطايا والجرائم والمحرمات ، وأنه أساء إلى أقربائه وإلى سعادة الآخرين وأنه لا يستحق إلا الألم والعذاب والعقاب ويقتنع أن هذا العقاب حتمي وآت لا ريب فيه .

٢ - الهذيانات المراقية :

يعتقد المريض جازماً بأنه يعاني من مرض خطير (كالسرطان ، أو السيفيليس) وأن الداء يسرح في كل جسده ولم يبق له إلا القليل من الزمن للحياة فدمه يتجمد وعضلاته تنفسخ بينما تسري الجراثيم في كل أنحاء جسده أو تنسد أمعاءه ويعجز عن الأكل والإفراز .

ومن الأنواع الوخيمة لهذه الهذيان - هذيان الإنكار حيث يؤكد المريض بأنه فقد أحشائه وأن دمه تبخر وتوقف قلبه عن النبض وانمحت عظامه بل وأنه لم يعد موجوداً إطلاقاً ! وأحياناً يمتد هذيان الإنكار إلى العالم الخارجي حيث يدّعي المريض أن الشمس قد اختفت وأن العالم بطريق الفناء وأن الأرض انهارت إلخ .

اضطرابات المحاكمة

المحاكمة وظيفة عقلية تسمح بتقييم المعطيات الحسية والعقلية وبالربط والمقارنة بين العناصر المعرفية والعلائق المنطقية التي تنظمها . تبني المحاكمة على تجربة الشخص المتكاملة وقيم ومعتقدات محيطة .

١ - تسرع المحاكمة

يبدو ذلك لدى الهوسي ومتناول الكحول حيث تسهل لديها المحاكمة وتكون سريعة وتبدو منطقية ومتجانسة إلا أنها في الحقيقة تكون سطحية ولا تتناول المواضيع المعقدة والمجردة .

٢ - تدني المحاكمة

أ - قد يكون هابراً ومتراجعاً ، مثلما يحدث في التخليط الذهني حيث يتباطأ الفكر التجريدي وتدني قدرات التمييز والاختيار بين المعطيات المختلفة . وغالباً ما يكون المريض مدركاً لاضطراب أفكاره وتباينها مع أقواله وأفعاله ويبدل جهداً فاشلاً للسيطرة على سياقه الذهني .

ب - وقد يكون متدرجاً نهائياً وشاملاً : فتظهر اضطرابات المحاكمة باكراً

وتشاهد خصوصاً في العته وفي الشلل العام (السيوفيليس) حيث يشاهد : لا انسجام فكري ولا منطقية وهنر .

٣ - شلوزات المحاكمة

نشاهدها خصوصاً في الحالات الهذيانة التي تتبنى معتقدات وقناعات شاذة لا تخضع لسياق منطقي واقعي ، بل إن المريض يحرف الواقع ودلالات الأحداث حسب آلياته النفسية المرضية .

أ - العقلنة المرضية

يشاهد لدى الفصامي الذي يتبع عقلنة منهجية باردة شبه منطقية وتكون محاكمته متناسقة ومتمايزة ، إلا أنها مفرطة التجريد غائمة ومنغلقة .

ب - مجانبة المنطق

حيث يفقد الترابط المنطقي ويقدم المريض محاكمات مبنية على إستنتاجات خاطئة غالباً ما تكون خالية من المعنى وسخيفة ، مثلاً : «لقد فشلت في دراستي لأنني كنت أفرط في تناول الحليب ا» أو «اني موجود بالمستشفى لأن والدي يعمل محامياً ا» .

ج - التأويل

يبحث الانسان طبيعياً عن تأويل الظواهر والأحداث التي تتم حوله ويسعى الى تفسيرها وربطها بظواهر وأحداث أخرى ويكون ذلك مبنياً على تجربته ومعارفه .

أما في علم النفس المرضي فتطلق تسمية التأويل على حكم واستنتاج خاطئين ينطلقان من إدراك سليم . فالهذيانى يركب ما يجمعه من معطيات إدراكية حسب استعداداته المرضية الهذيانية ويدخلها في منظومة متناسقة قد تبدو منطقية لأول وهلة إلا أنه سرعان ما تظهر ثغراتها وفجواتها سواء في الأحداث ذاتها أو نسبة

للبنيان النفسي للمريض وأسلوبه في المحاكمة . لكن قناعة المريض لا تتزعزع حتى عندما يواجه بحجج دامغة تشكك في استنتاجاته أو تثبت خطأها .
تشاهد النزعة التأويلية في عدة أنماط هذيانية وعندما تتغلب الآليات التأويلية تطلق تسمية «الهذيانالت التأويلية» على هذا النوع من الهذيان .

6 اضطرابات الذاكرة

الذاكرة هي مجموع الوظائف الذهنية التي تقوم بتسجيل المعلومات وحفظها واسترجاعها . إلا أن الذاكرة ليست جهازاً عقلياً مستقلاً يعمل بصورة آلية بل إنها تتعلّق في بنيتها وديناميكيّتها بكامل البنيان النفسي والعقلي والحواسي للفرد . . . وتلعب دوراً حاسماً في شخصيته ونموّه وتطوّره . إذ تستدعي كلّ العمليات النفسية والعقلية سلامة وظائف الذاكرة ، حيث أنها تعتمد على حصيلة التجربة الحياتية في جميع أبعادها الذاتية والموضوعية ، المادية والمجرّدة والتي تقوم الذاكرة بتسجيلها .

توجد عدّة أنماط من الذاكرة يتباين تغلبها عند الأفراد منها : الذاكرة السمعية ، الذاكرة البصرية ، الذاكرة التجريدية الخ . .

من العناصر التي تؤثر في فعالية وقوّة الذاكرة : العمر حيث تكون قوة الحفظ والتذكّر على أشدها في سن العشرين - تكرار التعلم أو التجربة - الدوافع الإيجابية - الانتباه واليقظة والتركيز - العوامل الانفعالية (حيث يميل الفرد الى تذكر التجارب المريحة) - تطابق سياق وانتظام التجربة الجديدة مع نمط التجارب السابقة - بعض العوامل الفيزيولوجية والفارماكولوجية .

1 النسيان :

تخضع الذاكرة لآليات نفسية وعقلية معقّدة تعتمد على قاهرة فيزيولوجية تعمل على تنظيم تسجيل وحفظ السيل الهائل والمستمر من المعلومات الحسية والحواسية والذهنية ممّا يعني وجود نظريات وتساؤلات حول هدوء الذاكرة وكيفية تسجيلها وحفظها للمعلومات . . . إلا أنه يمكن القول بأنه توجد عتبات استقبالية تتعلّق بعوامل سبق ذكر بعضها تحدّد «تتقي» وتحدّ من المعلومات المسجلة . يمكننا

أيضا اعتبار أن التسجيل يعني الحفظ حتماً وهو يتعلق بمدى انطباع المعلومات على مستوى القاعدة الفيزيولوجية والقاعدة النفسية . على مستوى تخزينها السابق .

٢ - الوهل المعجوي :

حيث تعجز ذاكرة المريض عن تسجيل المعلومات خلال فترة محدودة ثم تعود إلى عملها الطبيعي إثر ذلك . فتظل فجوة قائمة في ذكرياته لا يستطيع إدراك ما حدث خلالها . تشاهد هذه الحالة في الرضوض الدماغية وأزمات التحليط الدهني والصددمات الكهربائية .

٣ - الوهل المتلاحق (النسيان الأمامي)

هنا يسجل المريض المعلومات إلا أنها تندثر من ذهنه خلال لحظات أو دقائق يتم ذلك بشكل متعاقب ومتلاحق بحيث يعجز المريض عن حفظ واستدعاء المعلومات التي ترد إلى ذاكرته إثر بدء الإضطراب .

٤ - الوهل الراجع

حيث يفقد المريض الذاكرة بالنسبة لكل محتوياتها السابقة لفترة حدوث الإضطراب .

٥ - الوهل الراجع والمتلاحق :

حالة كثيراً ما تشاهد . يشارك فيها النوعان السابقان من فقدان الذاكرة .

٦ - الوهل المتصاعد

حيث يفقد المريض الذاكرة بشكل تدريجي . فيبدأ بنسيان المعلومات والذكريات الحديثة العهد ثم يمتد نسيانه أكثر فأكثر ممتداً إلى السنوات الماضية . يبدأ النسيان بتشوش الذكريات ثم تنمحى هذه الذكريات تماماً وكثيراً ما يحتفظ المريض في هذه الحالة بذكريات قديمة جداً .

حيث يتعلق إضطراب الذاكرة بأنماط محدّدة من الذكريات أو بالأحداث أما على مستوى الإثحاء فنعتقد أن المعلومات التي تمّ تسجيلها وحفظها في المرحلة الأولى لا تتمحي فعلا إلا لأسباب مرضية وأفات تشريحية وفيزيولوجية عصبية (كالالتهابات والتنكسات والانسيامات . .) أما في الحالات الأخرى فيشال الحل ملكة الإسترجاع والإستدعاء . ومن التجارب التي تثبت ذلك تذكر أحداث وتجارب طفلية مبكرة خلال التحليل النفسي أو إسترجاع نصوص مدرسية وأشعار وغيرها من التجارب التي تمّ نسيانها منذ عشرات السنين وذلك تحت تأثير التسويم الطبي .

فالجهاز النفسي يقوم بخزن معظم المعلومات والتجارب الملتقطة ، في اللاشعور ، حتى لا يعجّ الشعور بأكداس من المعلومات غير المجدية آنيا والتي تشوش نشاط الانا وتناسقه . تكون بعض هذه المعلومات في حيّز ما تحت الشعور فيسهل استدعاؤها . بينما يكون البعض الآخر مندمجا في أعماق اللاشعور فيصعب أو يستحيل (في الظروف العادية) إستدعاؤه يعود هذا التفاوت الى درجة تثبيت المعلومات وتراكمها وقدمها وغير ذلك أو إلى عوامل وقوى غريزية - إنفعالية تحتم بتدخل الرقابة أو الانا الأعلى إقصاء هذه الذكريات أو التجارب أو التمثلات أو الرغبات الى أعماق اللاشعور لأنها تحمل شحنات انفعالية - غريزية تتعارض بشدة مع الواقع وتهدد إنسجام «الانا» وتكيفها وأمنها بابرار صراعات لا يمكنها تحملها . .

إلا أن هذه الذاكرة الانفعالية اللاشعورية المكبوتة كثيرا ما تتظاهر بشكل مقنع أو رمزي عبر الأحلام والزلات والهفوات والأعراض العصبية .

أ - حالات وأنواع وهل الذاكرة (تدني الذاكرة)

١ - وهل التثبيت (أو التسجيل) :

في هذه الحالة يعجز المريض عن تثبيت معلومات وذاكرات جديدة بدءاً من لحظة حدوث الاضطراب بينما تظل ذاكرته سليمة بوظائفها والمعلومات المتعلقة بموضوع بعينه وهو غالبا من منشأ نفسي - إنفعالي يخضع لآلية الكبت والإقصاء .

٩ - الوهل الدوري

حوادث نادرة يحدث فيها انقسام لشخصية المريض فيصبح في حالة شرعية أو حالة غروبية أو حالة اضطراب وعي ، يقوم فيها الفرد بأعمال وسلوكيات وأقوال لا يتذكرها عندما يعود إلى حالته الطبيعية المعهودة .

١٠ - الوهل ما بعد الإقترعالي

يحدث بعد صدمة إنفعالية شديدة إثر كارثة طبيعية أو حادث أو وفاة أو إعتداء (كالاعتصاب) يفقد فيها المريض ذاكرة الحادثة وما يتعلق بها كلياً أو جزئياً وقد يضطرب توجهه الزمني والمكاني . وغالباً ما تتحسن حالته بعد فترة .

ب - حالات تقوي الذاكرة

١ - احتداد الذاكرة القديمة

حيث يتذكر الفرد بدقة ووضوح أحداثاً قديمة جداً بينما ينسى بسهولة المعلومات والأحداث القريبة . وهي تحدث خصوصاً لدى الشيوخ .

وقد تحدث الذاكرة بشكل آخر حيث يسترجع الفرد ذكريات قديمة تلتبس لديه مع ذكريات حديثة فيعتقد أن أحداثاً وقعت منذ عشرات السنين ، لم يمس عليها سوى أيام قليلة ويتصرف على ذلك الأساس يشاهد هذا الاضطراب لدى بعض المسترثيين وفي بعض نوبات الصرع الصدغي والتخليط الذهني والانقسام بمخدرات مهلوسة .

٢ - حالات فرط الذاكرة

إفراط الذاكرة الإحتدادي : يشاهد لدى أشخاص مختضرين أو إثر صدمات وحوادث ، حيث يبرز إلى الذهن سيل هائل من الذكريات ويستعرض الشخص كل مراحل حياته وأحداثها خلال دقائق قليلة .

تشاهد قوة ذاكرة هائلة مدهشة وإستثنائية لدى بعض الأفراد الموهوبين إلا أن قوة الذاكرة الإستثنائية الإصطفائية التي تقتصر على ميدان محدد كالأرقام . . تشاهد لدى أشخاص متخلفين عقلياً أو يعانون من إضطراب نفسي طفلي .

ج اضطرابات الذاكرة المشبهة أو أوهام الذاكرة

١ - الهذر :

حيث يقص المريض ذكريات مختلفة لم تحدث له أبداً على أساس أنها وقعت فعلاً ، حيث أنها من نسج خياله إلا أنه يعتقد أنها ذكريات حقيقية .

يشاهد هذا الإضطراب في تناذر كورساكوف حيث ينطلق المريض في خياله واستيهاماته على أنها من محمولات ذاكرته ويترافق ذلك بسوء تعرف واضطراب توجه زمني - مكاني ووهل راجع .

نجد هذا الإضطراب أيضاً في بعض حالات العته

٢ - التباس الذاكرة

حيث يتذكر الشخص أحداثاً وذكريات حقيقية وقعت فعلاً إلا أنه يخطيء في تحديد موقعها الزمني .

٣ - إشتباه الذاكرة (أو الذاكرة الخبيثة)

هنا لا يتمكن الشخص من التمييز بين أحلامه وخیالاته وبين محتويات ذاكرته ، فلا يستطيع أن يحدد إن كان الحدث الحاضر في ذهنه قد وقع فعلاً أو كان مجرد حلم أو كان يخصه شخصياً أو يخص شخصاً آخر ، فهو يتذكر قصيدة شعرية

ولا يدري إن كانت من إبداعه أو من إبداع شخص آخر ، أو يعرف معلومات عن مدينة فلا يدري إن كان إستقاهها من كتاب أم زار هذه المدينة بالفعل .

٤ - التعرف الحاطي

يكون الشخص في مكان أو أمام شخص يشاهدهما لأول مرة أو يعيش حدثاً أو موقفاً معيناً ويحس فجأة أنه قد سبقت له رؤية هذا المكان أو هذا الشخص ، أو أنه قد عاش هذا الحدث أو مرّ بهذا الموقف سابقاً وغالباً ما يترافق ذلك بإحساس بإهتزاز الواقع .

يشاهد هذا الإضطراب أحياناً في حالات الإبهك النفسي الشديد وفي بعض النوبات الصرعية والحالات شبه الحلمية .

7 اضطرابات السلوكيات العزيزية

أ اضطرابات ضبط المصبرات

يتكامل ضبط المصبرات (التبرز والتبول) قبل سن الثالثة عادة . أما في الحالات المرضية فيمكن استمرار التبول اللاإرادي (خصوصاً أثناء النوم) إلى سن متأخرة من الطفولة وأحياناً حتى الكهولة . أما التبرز اللاإرادي فهو أندر حدوثاً ويشاهد في حالات اضطراب نفسي شديد لدى الطفل .
يحدث أحياناً أن يتراجع ضبط المصبرات لدى الكهل المريض نفسياً بفعل آلية تكوّن ، خصوصاً في العته والفصام

ب اضطرابات النوم

١ - الأرق

كثير الملاحظة في الاضطرابات النفسية ويتظاهر بعدة أشكال منها .
- أرق يتمثل في المعجز عن الإمتسلام للنوم وتأخر حدوث ذلك و يترافق بالقلق والتوتر وأحياناً بأفكار وسواسية .
- يبدأ النوم بشكل طبيعي إلا أن الإستيقاظات تتخلله عدة مرات كما تكثر الكوابيس ويكون النوم سطحيًا .
- أرق صباحي حيث يستيقظ التائم باكراً جداً ولا يستطيع العودة إلى النوم .
ويحدث ذلك بشكل طبيعي لدى الشيوخ . أما مرضياً فيشاهد في حالات الهمود والاكتئاب .

يشاهد الأرق في حالات إحتداد النفاس الموسمي - الموسمي والهذباتيين . كما
يكثُر لدى العصائيين في حالات : القلق ، الوهن النفسي المراق ، العصاب
الوسواسي ، لحدوث خوف من النوم والإسترخاء وخوف من الموت أثناء النوم
الخ ويبالغ هؤلاء في تناول المنومات .

٢ - النفاس النهاري وفرط النوم

يحدث في حالات الصمود الإرتكاسي حيث يكون النوم الليلي سطحياً أو
مضطرباً ، فيحس المريض بإعياء ورغبة في النوم خلال النهار ويمثل إزدياد فترة النوم
في المستبريا والوهن النفسي تهرباً من بذل الجهد وتحمل المسؤوليات ومواجهة مواقف
مقلقة .

٣ اضطرابات النشاط الحلمي .

حيث تكثُر الكوابيس والأحلام المفزعة ويشاهد ذلك لدى العصائيين

٤ التزام الفراش :

حيث يلزم المريض الفراش طوال الوقت ليلاً ونهاراً ويشاهد ذلك لدى
الموسوميين ،
أو يظل المريض في غرفة النوم (حب الإنغلاق أو هوس الإنغلاق) ويقوم فيها
بأنشطة وترتيبات غريبة ، ويتمثل الاضطراب النفسي هنا في التقصام .

ج اضطرابات السلوكيات الغذائية :

يلمي الطعام والتغذية حاجة عزيزية لدى الإنسان إلا أنها يحملان ، في ظل
الحياة الاجتماعية للإنسان معاني رمزية وثقافية حضارية . فالتغذية ترمز إلى العلاقة
البدئية بالموضوع (الأم) عبر الإرضاع . كما أنها تتم عبر عادات وتقاليد وطقوس
متميزة ثقافياً وتكرس المضمون العلائقي .

١ - حالات تحدّد التغذية

يحدّد الشخص من تغذيته ويعزو ذلك إلى فقدان الشهية الكليّ أو الجزئيّ (حالات الحمود ، المرحلة المتقدّمة من العمه العقليّ)

أو إلى الرغبة في التخفيف من الوزن (في بداية العمه العقليّ ، أو تكون أحياناً طبيعية ومبرّره) أو إلى إتباع نظام غذائيّ خاص (في حالات الفصام) يشاهد أيضاً تحديد التغذية بالإقياء الارادية أو العفوية المستمرة (لدى المستريائيين)

٢ - رفض الطعام

يشاهد مرضياً - لدى المكتئبين إذ يمثل لديهم الإمتناع عن الطعام عقوبة ذاتية عادلة ، أو يدعون أنه لا يحقّ لهم الإستيلاء على طعام يحتاج إليه الآخرون الخ

- في حالات هذيان التعقّب (الإنسجام ، السحر) إذ يزعم المرضى أن الطعام مسموم أو مسحور .

- لدى الفصامين الذين يعتبرون الإمتناع عن الطعام وسيلة لتطهير الروح والجسد أو يعبرون بذلك عن معارضتهم ومليبتهم .

٣ - الإفراطات الغذائية والسائلية

* الشره المرضي

يندفع المريض بشكل نزوة إلى التهام كميات هائلة من الطعام بسرعة ولا يستطيع التوقف عن الأكل . وإثر ذلك تكتنفه مشاعر التقزّز وأحاسيس الذنب والإنتقاص من الذات . تنتهي هذه النوبة غالباً بالإقياء أو بالآلام البطنية تشاهد عادة في فترة المراهقة خصوصاً لدى الإناث وغالباً في الحالات الحدودية والفصامية وبعض العصبيات .

* فرط التغذية :

قد ينجم عن حالات توتر نفسي أو إحتداد إنفعالي أو عوز عاطفي ويكون معهوداً في بعض حالات العته والتخلف العقلي .

وقد يعود فرط الطعام إلى عادات غذائية عائلية وربما إلى عوامل إرثية

• الشذوذات الغذائية

كتناول الأوساخ والبراز . يشاهد أحياناً في التخيل ، والعته النكوصي الشديد .

• الإجتراء الغذائي

يشاهد لدى بعض الرضع من ٣ إلى ١٢ شهراً ويشفى عادة بين ٣ و ٤ سنوات .

أما لدى الكهول فلا يحدث إلا في التخلف العقلي الشديد .

• هوس الشرب النوبي

يشعر المريض بدافع شديد لتناول كميات كبيرة من المشروبات الكحولية يحدث ذلك بشكل نوب إحتدادية ويشاهد لدى المختلين السيكوباتيين وفي النوبات الهوسية

• هوس الماء

يتناول شرب كميات مفرطة من الماء بشكل دائم ويجب إستبعاد العوامل الهرمونية والدوائية في هذه الحالة . يلاحظ هوس الماء بشكل أفكار قسرية في العصاب الوسواسي ، كما يشاهد أحياناً في الهستيريا وفي الفصام .

• ظاهرة بيكا :

شذوذ يتناول فيه المريض مواد غير غذائية كالتراب والورق والصابون يكون

في حدود السواء خلال الطفولة المبكرة ويشاهد لدى الكهل خلال تطور الفصام أو العته

هوس الإنسجام

حيث يميل الشخص إلى تناول مستديم ومفرط لمواد وأدوية قد تحدث آثاراً إنسمامية (كتناول المنشطات أو للمهدئات أو كل الأدوية التي يمكن الحصول عليها الخ) يشاهد ذلك لدى أفراد غير ناضجين أو يشكون من القلق ولا يتحملون الضغوط الإنفعالية الخارجية .

د اضطرابات السلوكيات الجنسية

أ اضطرابات العمل الجنسي والوظيفة الجنسية

١ الإستمناء :

طبيعي لدى الطفل والمراهق والكهل الذي لا تتاح له علاقات جنسية عادية إلا أنه يصبح مريضاً عندما يُفضّل على النشاط الجنسي الطبيعي أو يكون الوسيلة الوحيدة للإشباع الجنسي وبسبب اللجم النفسي .

٢ العجز الجنسي : العته

يعتبر القذف المبكر عجزاً جنسياً جزئياً حيث لا يتمكن الشخص من إكمال العمل الجنسي وإرخاء شريكته .

أم العجز الجنسي الحقيقي أو الكامل فهو العجز عن الانتصاب عند الاقبال على العمل الجنسي أو العجز عن الحفاظ على هذا الانتصاب بما يكفي لإكمال الممارسة الجنسية ، ويعتبر اللاقذف أيضاً شكلاً من أشكال العجز الجنسي .

يتميز العجز الجنسي البدئي : يظهر منذ بدء التجارب الجنسية ويكون «طبيعياً» عابراً أو مريضاً مديداً .

- العجز الجنسي الثانوي : يطرأ بعد نشاط جنسي طبيعي ويعود غالباً إلى عوامل : الإرهاق ، التوتر ، الهمود ، الإدمان الكحولي ، النفور من الشريكة الجنسية الخ .

٣ - البرود الجنسي :

يتعلق ، مثل العجز الجنسي بمختلف مظاهر وأطوار النشاط الجنسي : كغياب الرغبة أو حتى النفور من العمل الجنسي ، غياب الحساسية المهبلية ، غياب نشوة الجماع الخ

٤ - تشنج المهبل

يحدث في بدء العمل الجنسي أو خلاله مما يمنع إكمال العلاقة ويحدث ألاماً وبروداً جنسياً. تشاهد مثل هذه الاضطرابات لأسباب عاطفية (كالنفور من الزوج) أو إثر صدمات نفسية (كالإغتصاب) أو بسبب كبت شديد وسوء تربية جنسية وتكثر في حالات المستيريا .

II الانحرافات الجنسية :

١ الانقلاب الجنسي

يحمل الشخص هنا قناعة حاسمة بأنه ينتمي إلى الجنس الآخر وذلك في ظل غياب أي اضطراب نفسي آخر أو أي خلل عضوي أو وراثي .

٢ التنكر الجنسي

حيث يشعر المريض بحاجة ملحة إلى إرتداء البسة الجنس الآخر (وهي حالة نادرة لدى النساء وتشاهد غالباً لدى الرجال) . يحدث ذلك لدى رجل طبيعي عضوياً ولا يشكك بهويته الجنسية . ويكون هذا التنكر مترافقاً أو غير مترافق بإثارة جنسية

٣ - الفيتشية (عشق التائم ، الوثنية الجنسية)

وهي السعي إلى الحصول على إثارة جنسية ومتعة بأعمال أو أدوات أو خيالات وأستيهامات لأعلاقة لها عادة بالجنس والنشاط الجنسي ويتم ذلك بشكل تفضيلي أو حصري .

٤ الاستعراء (الاستعراضية الجنسية ، كشف العورة)

إضطراب يشعر فيه الرجل بحاجة ملحة إلى كشف أعضائه الجنسية ويشعر من خلال ذلك بإثارة جنسية شديدة قد تؤدي به إلى النشوة .

٥ - الرؤية الشهوانية (أو حُب الرؤية)

يسمى المريض في هذه الحالة الى الإثارة الجنسية بمراقبة امرأة عارية أو خلال عمل جنسي ولا تكون هذه الحالة مرضية وصحية الا عندما تأخذ شكلا قهريا ويفضلها الفرد على النشاط الجنسي الطبيعي ، بل وغالباً ما يكون المريض عاجزاً جنسياً

٦ - البهيمية (عشق الحيوانات)

وهي الحصول على الإثارة الجنسية بعلاقات أو تخيلات جنسية مع الحيوانات .

٧ - المازوشية

هي العجز عن الحصول على إثارة ومتعة جنسيين إلا بتلقي التعذيب أو الإهانات والتحقير مع العمل الجنسي أو بدونه .

٨ - السادية

هي الحصول على الإثارة الجنسية بتصوّر أو ممارسة تعذيب جسدي أو نفسي على شخص آخر ، خلال العمل الجنسي أو من دونه .

٨ - عشق الأطفال :

حيث تطلب الإثارة الجنسية أساساً من إستيهامات أو علاقات جنسية مع الأطفال .

٩ - عشق الجثث

حيث تتم الإثارة الجنسية بممارسة الجنس مع الجثث أو بالتمثيل بها ..

١٠ - الجنسية المثلية

يميل الشخص هنا الى الحصول على إثارة ومتعة جنسيتين عبر خيالات أو أنشطة جنسية مثلية تتعارض مع قيمه وتحدث لديه قلقاً ومشاعر ذنب وأمتهان .

8 الاضطرابات الانفعالية والمزاجية

تشمل الحياة الانفعالية مجموع الظواهر العصبية النفسية التي يجسّها الإنسان ويعانيها ويعيشها دون أن تكون نتاجاً لسياقه الفكري . فالإنسان لا يستطيع «صنّع» انفعالاته أو التحكم في نوعيتها .

أما المزاج فهو الإطار العام للانفعالات ، إذ يمثل هذا الاستعداد الانفعالي الأساسي (الجوهري) الشامل لكل المعطيات العاطفية والغريزية والذي يصبغ حالتنا النفسية العامة ويعطيها ، لون إرتياح أو خفق أو همود ، وتراوح بين قطبي الألم والمتعة (ديلاي) .

تكون الحالة المزاجية مرضية عندما يرتكس الفرد بشكل غمطي ثابت تجاه كلّ مثيرات محيطه المتباينة أو عندما يكون في حالة لا توافق معها أو تكون استجابته معاكسة للاستجابة المعهودة السوية .

أ - الأنماط المزاجية المرضية

١ - المزاج الهمودي :

يجب التمييز بين حالات الحزن الطبيعي والمزاج الهمودي الذي يتراوح من حالة الإنهيار النفسي واليأس المديد حتى الألم النفسي ومشاعر الذنب العميقة وتدني قيمة الذات واللجم والنظرة السوداء القائمة إلى الحياة والوجود وقد تأخذ هذه الحالة شكلاً هذيانياً وتوافق بأفكار مراقبة .

٢ - المزاج الإنشراحي (المتطلق)

يتراوح للمزاج الإنشراحي من حالة فرح وإرتياح ورخاء حتى حالات التفاؤل

المفرط وفرط النشاط والإثارة فيكون المريض زائد المرح ، ينتقل من فعالية إلى أخرى فيهمل الجوانب السلبية للأشياء ويحط من شأنها ويقتصر على الجوانب الإيجابية ويبالغ في تقييمها وفي تقييم إمكاناته وقدراته ، يشاهد المزاج المنشرح لدى الهوسي ونحس الهوسي (أوشبه الهوسي) وفي بعض حالات الانسحاب (الكحولي ، الأمفيتاميني ، بالاثير إلخ ...)

٣ - المزاج اللامبالي (أولمحايد)

حيث يتميز ببرود مزاجي ولا مبالاة ولا إستجابة للإثارات الانفعالية وخلو من التعبير والتأيز الانفعاليين . نشاهد هذه الحالة لدى الفصامين

٤ - اضطراب (أوتبدل المزاج)

حيث يكون المزاج غير مستقر في سياقه يتبدل من قطب إلى آخر بدون سبب كاف أو ظاهر .

ب - الاضطرابات العاطفية والانفعالية

١ - الانفعال المرضي - النزوة

اضطراب سلوكي انفعالي يشذ فيه تصرف الفرد عن الطبيعي والمعهود ليمتيز بنوبات انفعالية شديدة لا تتوافق إطلاقاً مع الموقف القائم ودون مبررات ظاهرة أو ملائمة . غالباً ما يندفع فيها الفرد إلى أعمال عدوانية تجاه الآخرين أو تجاه ذاته (كمحاولة الانتحار) .

في الحالات الخفيفة يكون الانفعال المرضي ناجماً عن فرط عدوانية واستثارة ولا ينتقل إلى الفعل (لدى بعض العصبيين) أو ينتقل إلى فعل محدود أو مصطنع (لدى الهستريائين) أو يفقد الفرد السيطرة على نفسه وأعماله ويرتكب أعمالاً شديدة العنف أو العدوانية قد تصل إلى القتل أو تتمثل في التشرد والهروب أو الهوس الكحولي أو الاغتصاب . تشاهد هذه الحالات لدى السيكيوباتين والاضطرابات النفسية

الشديدة والآفات الدماغية العضوية ويمكن أن ترافق بحالات غروية (اضطراب الوعي) وبحالات فقدان ذاكرة .

٢ . الإستجابات الانفعالية اللامتوافقة

حيث يرتكس المريض أو يستجيب لأحداث ومثيرات محيطية بعواطف وإنفعالات لا تتوافق مع طبيعة هذه المثيرات . كأن يضحك بفرح لدى بلوغ نبأ وفاة أحد والديه أو أن يصاب بنوبة غضب عندما تقدم له هدية إلخ يشهد هذا اللاتوافق الانفعالي لدى الفصامين .

٣ - الإنشراح المرضي

حالة عاطفية وإنفعالية تتفاوت في شدتها حيث يعبر المريض عن فرح وغبطة وتفاؤل لا تتفق مع وضعه وحالته الذاتية أو الاجتماعية يحدث ذلك لدى العصاة كنوع من التعويض والإيجاء الذاتي بشكل فترات من الإنشراح قد تتناوب مع حالات اليأس والحيرة والتشاؤم ، بهدف تخفيف التوتر والقلق ويصبح الإنشراح نمطاً مزاجياً مرضياً لدى المومنين .

٤ - الحصر والكرب الانفعالي

حيث يشعر المريض بقلق وضيق شديدين وحالة توجس وتأهب ترافق بتوتر واضطرابات إنباتية .

٥ - الخلل الانفعالي

حيث يشعر المريض بحالة إنفعالية هدائية مليئة بالغضب والإستشارة دولما سبب وترافق بالقلق وأحياناً بالريرة والتوجس .

٦ - الصعف الانفعالي : (اللاستقرار الانفعالي)

يكون المريض سريع الانتقال والإنفعال من إنفعال إلى آخر دون مبررات خارجية . فينقل لأنفه الأسباب مستقلاً سريعاً من الضحك إلى البكاء ومن الغضب

إلى الارتياح ومن الحقد إلى العطف والحب ، وتسهل إثارته والتأثير عليه إلا أنه يعجز عن المحافظة على ثباته الانفعالي يُشاهد الضعف الانفعالي في الوهن النفسي ولدى المستريائين وفي الاضطرابات الدورانية والإصابات العصبية المركزية .

٧ - الفقر الانفعالي

يحدث تدني تدريجي في الملكات الانفعالية فتبدأ الأجاسيس العليا الأخلاقية والجمالية بالتراجع ثم تعقبها مختلف الأنماط الانفعالية الأخرى لتصل إلى سلبية وحياد انفعاليين كاملين يميز هذا الاضطراب الفصامين .

إضطرابات السلوكيات الإجتماعية

إذا كانت المرضية النفسية ، أساسا ، من منشأ علائقي إجتماعي يتداخل مع الغرائز والنزعات التطورية ، فإنها لا تقتصر في تظاهراتها على الخلل البنيوي والصراعية الباطنة والأعراض الفردية ، بل تستقل إلى الفعل التدميري أو العدوانى عندما تنحس الكلمة وتغيب الوساطة الرمزية فتصبح النزوة المتحققة ، الرسالة الرمزية الوحيدة الممكنة التي تعوض انهيارا علائقيا بفشل الانتقال الكيفي من الانطباع بالشئ إلى ترميزه ، ويدخل هذا الانهيار ضمن قوانين التكرار القهري .

إننا نشاهد العنف أو العدوانية حثما وجد فقر في العلائق الإجتماعية وحيثما إنحرفت نزعات جوهرية عن مسارها الطبيعي سواء كان الطريق مسدوداً أم غائماً مفقود المعالم . . لذلك ليس العنف مرضية نفسية فحسب بل أيضا مرضية إجتماعية يتجاوز فيها الاعتداء الإقتصار في معناه على حركة التدمير ، إلى كل سلوكية أخرى ، تتحدد ضمن الظرف : إعتداء ، سواء كانت إمتناعا وسلبية كرفض تقديم المساعدة أم كانت رمزية كالسخرية والتهكم والشنم أم فعلا قائما .

هذه العدوانية لا تتوجه فحسب إلى الآخر بل تتوجه أيضا إلى الذات ودائها ، بشكل مباشر أو معتنف ، دلالة على إنكار أو التباس هوية لا يتأهى معها مثال الأنا (أيا كانت درجة تكوته) بل يعكس إمتداد تجزؤ الذات الجسدية والنفسية فيتشخص فيها « الموضوع الشرير » وتنهار الجدارة بتعمق مشاعر الذنب ويتحذر الحداد على المفقود (الأم الطيبة) فيحل محل صيرورة الفرح والمتعة الصاعدة ، عذاب جبرية التكرار الماروشي ، حيث يسعى الفرد إلى خلق الطوفان حوله ، إلى تدمير النسي والعلائق ليحاصر كيانه بالفشل ، بالخيبة ، باليأس ، بالرفض بالكراهية ، بالحقْد . . . تتمفصل جبرية تكراره هذه مع جبرية تكرار محيطه الذي يكرر نفس نمط الإستجابة ليعزز المرضية التي نبعت منه وليعمر إلى جانب رسالة الإستغاثَة

القصوى الرموزة . . . فتغلق الحلقة للقرعة . . . إن لم تتقل إلى أقصى درجات الاستلاب المرضي لتؤدي إلى تدمير الذات في كيانها المادي . . .

أنماط العدوانية :

العدوانية باتجاه الآخر (الأخرية)

- العنف الحركي
- تدمير الأشياء والأفراد .
- السلوكية السلبية (الإمتناع عن العلاقة ، عن المساعدة . . .)
- العدوانية الرمزية : التهكم والسخرية ، الخرق التزوي للنظم والقواعد العلائقية .

ب - العدوانية الذاتية

- الانحراف العلائقي (الإنطواء ، التشرّد . . .)
- الانتحار وتدمير الذات (كالإيمان . . .)
- تشويه الذات
- العدوانية الذاتية الرمزية :
- أنماط الفشل (المهني ، المدرسي ، العلائقي)
- الحوادث التي تعود إلى دوافع عدوانية ذاتية لا شعورية وليس لنا ، من موقع طبي نفسي أن ننظر إلى السلوك العدواني ضمن أفق مرضي إلا عندما يتم فصل هذا السلوك مع اضطرابات نفسية ينتقل المريض في سياقها من هيكل توازن هش يكبح نزعة ، أو دافعا ، كامنين في الشعور أو اللاشعور ، إلى إختلال التوازن وتبلور موقف أو نزوة عدوانية عنيفة أو مضادة للمجتمع تدخل غالبا في الحيز الطبي . الشرعي أو الجزائي أو تنحرف عن سياق سوائي مفترض للشخص .

١ - السلوكيات العدائية المباشرة : العنف ، نوبات الغضب ، المعارضة ،

يعتبر السلوك العدواني لدى الطفل في حدود السواء حيث يشكّل في تلك المرحلة عنصر تثبيت للذات وتحديد لها كمنع للإرادة والرغبات . أما بعد ذلك فيشير إلى

إضطراب إنفعالي أو إلى عجز عن تثبيت الذات أو إلى هيمنة نزعات لم تتمكن من الإندماج في شخصية المريض يعود كل إلى عوز في المحيط الذي لم يتمكن من إقامة التوازن التربوي الملائم بين الإثابة والحرمان ، ولم يقدم عناصر تهاهي ، متكاملة ومنسجمة ، تشكل قاعدة ثابتة وأمنة يبني عليها الطفل نموّه وكيانه النفسي الأساسي .

يمثل العوز العاطفي الباكر والإضطرابات الحواسية (إضطرابات اللغة والطق ، الصمم لأنها تمنع من التوجه نحو وسائل تعبير أخرى) والتهامي مع الدين عنيفين بعض العناصر الهامة في النزوع نحو العنف تشاهد هذه النوبات من العنف والغضب لدى بعض العصائيين والشخصيات المرضية والسيكوباتية والحالات الحدودية .

٢ - السرقة المرضية

تشاهد السرقة المرضية لدى الأطفال في ظروف عوز عاطفي أو إنقصام أسروي حيث ينزع الطفل ، لا شعوريا ، إلى تعويض الحرمان العاطفي بامتلاك الشيء المسروق .

يبدأ الطفل بالسرقة في منزله ثم في المدرسة وعند الأقرباء والجيران ثم في أي مكان . وكثيرا ما تأخذ هذه السرقات شكلا قسريا حيث تتكرر رغم العقوبات القاسية التي يتعرض لها الطفل ، ورغم مقاومته لهذه النزوة . لذلك يمكن أن نسميها السرقة القسرية أو هوس السرقة حيث تترافق بتوتر وقلق شديدين .

أحيانا أخرى يكون الشعور بالذنب لا شعوريا ويؤدي الطفل ، إثر عمله ، سلوكا يؤدي إلى إكتشاف السرقة ومعاقبته ويسمى هذا النوع من السرقات : السرقة ذاتية العقاب .

قد تشير السرقات إلى آليات عصائية كما قد تكون عرضا يدك على نمو شخصية مرضية أو سيكوباتية .

أما لدى الكهول فتشاهد السرقات القسرية في العصاب الوسواسي - القسري والسرقات الوهلية (مع فقدان الذاكرة القجسوي) لدى الصرعيين . كما يؤدي إضطراب مفهوم الملكية لدى بعض الفصامين والعتيين إلى عمليات سرقة . . أما

المدمنون فيسرقون لإشباع إدمانهم .

٣ - التشرد والهروب :

يتمثل التشرد في مغادرة المنزل أو مكان العمل بشكل مفاجيء دون سابق اعداد . خضوعا لدافع إنتعالي أو غامض ودون هدف محدد . ويكون غالبا محدودا زمنيا .

يشاهد التشرد لدى الأطفال غالبا عند اضطراب المناخ الأسروي وتفكك العلاقات بين الأهل والعوز العاطفي وتعرض الطفل لنزوات عنف من والدين سيكوباتيين ويمثل هذا السبب ٦٠٪ من الحالات إضافة إلى كل عوامل إطمئنان العاطفي الأخرى لدى الطفل .

تشاهد حالات هروب من المدرسة تعود أحيانا إلى غم شخصية سيكوباتية ، إلا أنها غالبا ما تكون دلالة على حالة رهابة تحدث لدى الطفل حصرا وقلقا من المدرسة يدفعانه للهروب أو إبداء اضطرابات جسمية تعود إلى الصراع العصائبي الباطن .

أما التشرد اللاواعي فيشاهد لدى الطفل والكهل في حالات نفاسية وصرعية بينما يتشرد الهلياني هروبا من التهديدات الوهمية التي توحي بها له هذياناته .

٤ - الانحرافات الجنسية - الأخلاقية

تتأثر غالبا من حالات مرضية نفسية واضطرابات عصائية أو سيكوباتية ، يعاقب القانون على معظمها ، وترتبط العقوبة غالبا بتحديد درجة للمسؤولية العقلية للقائم بالفعل .

- الإغتصاب

لا تعود كل جرائم الإغتصاب إلى عوامل مرضية نفسية حيث كثيرا ما يلعب فيها العامل الإقتصادي - الإجتماعي دوره الإسماعي .

أما الإغتصاب المرضي فيعود إلى آليات نفسية مرضية مختلفة فهو قد ينبع من

إنحراف جنسي مادي أو من السيكوباتيا وفي بعض الحالات الحدودية والنفاسية .
وقد يتداخل العاملان الاجتماعي والنفسي في مواقع الإغتصاب اذ يؤدي
الحرمان المادي والعاطفي والجنسي في ظروف إجتماعية قاسية بأشخاص محدودي
القدرات الذهنية أو شديدي اللجم إلى ارتكاب الإغتصاب بتزوة تتم إثر تناول
الكحول أو من دونه .
وقد يعود الإغتصاب إلى إصابة الفص الجبهي أو إلى خلل وراثي بوجود
كروموزوم ٢٠، إضافي .

ب - كشف العورة (الإستمراء)

حيث يقوم الفرد بكشف أعضائه الجنسية في مكان هام بهدف ممارسة الإستمراء
أو الحصول على متعة جنسية ويعاقب القانون على هذا العمل ، كمن بالأداب
العامة ، حسب درجة المسؤولية العقلية التي تقررها الخبرة الطبية الشرعية .

من أشكال الإستمراء

- الإستمراء القسري : حيث يشعر المريض بدافع لا يقاوم للتعري في مكان
هام ، ترتفع فيه درجة الحصر والتوتر وينتهي بنشوة جنسية آلية . يتكرر ذلك غالبا
في نفس المكان والموعد .

- قد يفتن الإستمراء باضطرابات عصابية رهابة وسواسية تدفع فيها مشاعر
الذنب الشديدة ، المريض ، إلى « السعي » وراء « العقاب » .

- الإستمراء الانحرافي :

حيث يخلو المريض من مشاعر الذنب ولا يتاح له الحصول على متعة جنسية إلا
بهذا الأسلوب .

يحدث الإستمراء أيضا في اضطرابات عقلية وعصبية ، لا يدرك فيها المريض
حقيقة فعله كالتخلف العقلي والعتة الشللي (السيفيليسي) والصرع والعتة
الشيخية ، والإدمان الكحولي الشديد والفصام .

ج - الرؤية الشهوانية

حيث يسعى المريض إلى مراقبة الآخرين ، في تعريضهم ونشاطهم الجنسي ، مستعملا كل الحيل والأساليب لذلك . فلا يحصل على المتعة الجنسية إلا من خلال هذه الوسيلة وبممارسة الاستمناء ، بينما يتفر من ممارسة العمل الجنسي الطبيعي أو يعجز عنه وفي حالات أكثر ندرة يسعى المريض إلى المتعة بمراقبة مشاهد غير جنسية كمشاهد العنف والضرب والتبرؤ . . .

إلا أن هذا الميل إلى المراقبة الجنسية يظل في حدود السواء لدى المراهقين الذين لا يمارسون نشاطا جنسيا هاديا . . .

● الانتحار ، محاولات الانتحار وعدائلهما .

يشاهد الانتحار في علم النفس المرضي لدى الطفل والمراهق والكهل الانتحار لدى الأطفال والمراهقين .

كثيرا ما يتمّ التقليل من أهمية السلوك الانتحاري لدى الأطفال الذين يعانون من محيط مرضي . ودوافع هذه النزعة متعددة منها :

- الهروب من موقف يعيشه الطفل ويفوق طاقة تحمله .
- الشعور بالعزلة والفشل في الحصول على العطف والعناية حيث يشكل الانتحار آخر نداء يطلقه الطفل إلى محيطه الذي أهمله .
- فقدان شخص حيوي في حياة الطفل (كأمه) يؤدي إلى حدوث همود ارتكاسي .

أما محيط الحالات الانتحارية الطفل ، فيتسم عادة بالعنف والتفكك الأسروي وبمحور عاطفي شديد .

أما لدى المراهقين فإن نسبة الانتحار عالية إذ أوردت إحدى الإحصائيات الغربية أن الانتحار يمثل حوالي ١٠٪ من أسباب الوفيات بين ١٥ و ٢٤ سنة وحتى إن اختلفت النسبة لدى المجتمع العربي فإننا نعتقد أن الانتحار يظل أكثر حدوثا هنا ، منه في الأعمار الأخرى .

تعود دوافع إنتحار المراهقين إضافة إلى ما نشاهده لدى الطفل إلى تعارض شديد بين المراهق ومحيطه لا تتحمله هشاشة شخصيته أو بنيتها المرضية وإلى صدمات عاطفية وإلى ما يعزوه بعض المؤلفين من نزعة مثالية مطلقة تسم شخصية المراهق وتدفعه إلى تحدّي القدر والعالم كرهان مطلق يستهدف تثبيت «خلوده وقدراته» وكأنه يعتقد أن الموت لا يمكن أن يطاله . لذلك يدخل التطور الفصامي في سببية نسبة عالية من إنتحارات المراهقين : ١٥٪ تضاف إلى ذلك الحالات المرضية الحمودية والهذيانية الزورانية والتزوية . . .

لاحظ الباحثون دور سمات عامة للمرافقة في هذه الآلية كالنزعة الحمودية وسهولة العبور إلى الفعل ، والإنفعالية ، والموقف من الموت .

يضاف إليها (في الحالات المرضية) اضطراب بالتهاميات الانوية وبتبلور المثال الانوي ويعود ذلك غالبا إلى إنحاء الأب أو غيابه المبكر .

ب - الإنتحار لدى الكهول .

الإنتحار ظاهرة إجتماعية ، كما أنه يمثل أهم سبب للوفاة في الأمراض النفسية (في المجتمعات الغربية ، بينما يعود أهم أسباب وفاة المرضى النفسيين في المستشفيات في مجتمعا ، إلى إهمال الصحة العضوية الذي يؤدي إلى إستشراء الإثانات والآفات الأخرى) . . . لقد سُجّلت في فرنسا بين ٦٨ - ٧٢ (٣٩٠٦٢٥) حالة وفاة إنتحارية . ويمثّل الإنتحار ٢٪ من مجمل الوفيات السنوية . ونسبته أعلى لدى الذكور منه لدى الإناث (٢,٥ إلى ١) .

تزداد نسبة الإنتحار لدى المتقدمين بالسن والأشخاص الوحيدين (غير المتزوجين) وفي الأوساط الريفية الفقيرة . . .

من العوامل المرضية النفسية التي ترتفع فيها نسبة الإنتحار :

- ١ - الحالات الحمودية حيث يقصد المريض بإنتحاره معاقبة ذاته والتكفير عن ذنوبه وتخليص الآخرين من آثامه ، لذلك كثيرا ما يختار أماليب عنيفة للإنتحار .
- ٢ - الفصام : يمثل الإنتحار عملا متوقعا في الفصام (٤٪ من الإنتحارات المرضية النفسية) . ويلجأ الفصامي إلى الإنتحار في سياق تطور مرضي خفي

وبطيء ، أو في نوبات عدوانية ذاتية مفاجئة . كذلك في الحالات الحمودية التي تعقب إختلال المعاوضة الهذيانة ، وعندما يعجز الفصامي عن التكيف مع محيطه الأسروي والاجتماعي . مما يستدعي متابعة الفصامي بعلاج اجتماعي ونفسي داعم ، إضافة للمعالجة الدوائية ، إثر خروجه من المستشفى .

٣ - اضطرابات الشخصية : تمثل السيكوباتيا وعصابات الطبع المتميزة بصعف الشخصية والتثيت العاطفي العميق ، أهم الاضطرابات المرضية المؤدية إلى الانتحار فتصل نسبتها إلى ٤٠٪ من الحالات .

٤ - يشاهد الانتحار أيضاً لدى الكحوليين ومدمني المخدرات وبسبب أندر في النفاسات العضوية والحبل الذهني والصرع .

٦ - الاعتداء والقتل :

غالباً ما لا يدخل الاعتداء والقتل تحت طائلة التقييم النفسي الطبي لارتباطها بعوامل اجتماعية عامة . إلا أنه يمكن مقاربتها مقاربة عرضية عندما لا يدخلان في حيز بنیان مرضي نفسي محدد .

أ - الاعتداء :

وهو كل الأفعال التي تستهدف إلحاق الضرر بالآخرين وقد تنتهي بالموت وإن لم يكن القتل مقصوداً .

تشاهد أفعال الاعتداء خصوصاً لدى أفراد ذوي طبع عدواني مستديم ، لا يملكون قدرة كافية على تطوير العلاقات الاجتماعية . وغالباً ما يكون محيطهم العائلي مشحوناً بالتفكك والعنف والانحراف .

أما النمط العدواني الآخر فهو فرد شديد الإحباط والحرمان يكبح غلباته العدائي في ذاته إلى أن يؤهبه حدث معين أو تناول مواد مثيرة ، للإفجار العنيف .

فالمثيرات ، وخصوصاً منها الكحول غالباً ما تدفع هذه الشخصيات للعبور إلى الفعل . ويزداد مفعولها عندما تتعاضد مع تناول أدوية مثل الباريتورات

والبنزوديازيبين والفينيسكلين .

كما وصفت حالة تسمى بتناخر العنف النووي ، تتظاهر باعتداء عفيف على الزوجة أو الأطفال والإفراط بالمهيجات والإعتداءات الجنسية ورغم ملاحظة بعض الشذوذات في تخطيط الدماغ الكهربائي لدى هؤلاء الأشخاص ، لم يتم بعد التأكد من سببية الإضطراب ، وربما يعتبر من عدائل الصرع .

يشاهد الإعتداء أيضا في الفصام والإضطرابات العقلية العضوية المنشأ

ب - القتل :

يعمد المريض النفسي إلى القتل قصدا في سياق هذياناته خصوصا في الحالات الزورية كهذيان الغيرة . . كما قد يكون القتل الفجائي دون دافع ظاهر ، العرض الأول لدى الفصامي ويستهدف غالبا أحد أفراد الأسرة . بينما يمارس الإكتسابي القتل الغيري بشكل إنتحار جماعي يستهدف تخليص نفسه وإقربائه من آلام وعذابات العالم التي تبتكرها هذياناته ، فقد يعمد إلى قتل أطفاله أو أقربائه . . .

يشاهد القتل أيضا في حالات هذيانة حادة وفي النفاس النفسي (ما بعد الوضع) .

أما جرائم القتل السادي في الإنحرافات الجنسية فهي نادرة المشاهدة .

الفصل

الرابع

الشخصيات المرضية

تُعرّف الشخصية المرضية كلاسيكياً بأنها شخصية ينحرف مظهرها عن النموذج المتوسط السائد وتحدث مواقفها وسلوكياتها إزعاجاً وألماً وإساءة للفرد ذاته أو لمحيطه .

تحدّد الشخصية عادة بانتظام ديناميكي للمناصر العقلية والانفعالية والإرادية والفيزيولوجية والمورفولوجية لدى الفرد ، ويأخذ هذا الانتظام شكلاً مستقيماً أو نهائياً عند إكمال النمو . وكلّ تصدّع في هذه البنية ، يتمّ عبر الرضوض النفسية أو الحرمان أو الصراعات حسب خطوط الضعف ، في هذه الشخصية ، والتي ترجع إلى تثبيت أو خلل في النمو السيونفسي .

أما الطبع فيعني مجموع السمات المتأصلة لدى فرد معين والتي تتجلى بنمط

سلوكي معهود تجاه كل نوع من المواقف ، فهو التظاهر العلائقي السلوكي للنية الأساسية للشخصية .

بينما يبرز المزاج العناصر البيولوجية في الشخصية .

معايير السواء النفسي وحلوه :

كان تحديد السواء النفسي يعتمد على قياسات إحصائية لمطابقته للصفات النفسية التي تتجلى لدى غالبية الأفراد ، كما ربط بمفهوم نموذج مثالي إجتماعي . إلا أن ذلك يعني إخضاع التقييم النفسي للفرد إلى معايير أخلاقية ومؤسسية ثابتة بينما تعتبر كل لا إمتالية وتوجه نحو التغير والتطور القيمي ، شذوذا وانحرافاً .

لذلك يفضل حالياً الاعتماد على المعيار الوظيفي الذي يقيس السواء بدرجة التوازن الداخلي الديناميكي للفرد ، بما يعطيه مجالاً للإنسجام مع ذاته ومع سلوكياته بما لا يسبب معاناة له أو لمحيطة

تتظاهر الشخصيات المرضية أساساً بسمات مرضية في الطبع وباضطرابات إنفعالية وإرادية . بينما لا تتأثر القدرات العقلية . تشاهد هذه السمات في خصوصيات الشخصية وبأنماط سلوك تمثل جزءاً متأهلاً من الشخصية وبأسلوب حياتي خاص مستمر ومديد ولذلك تختلف الشخصية المرضية عن التناذر المرضي بغياب الأعراض الظرفية والتي تضاف إلى الشخصية . فالشخصية المرضية تتميز بنمو غير متوازن للسمات العامة للفرد خلال المراحل الأولى لتشكّل الشخصية فيحدث لا توافق بين هذه السمات التي يبرز بعضها بإفراط بينما يكون البعض الآخر متقلصاً بشدة مما يؤدي إلى تكيف الفرد مع محيطه .

يمكن التوجه في تشخيص الشخصيات المرضية بالمعايير الثلاثة التالية :

- ١ - يكون تظاهر الخصائص المرضية للطبع شديداً للدرجة أنه يعيق تكيف الفرد مع محيطه ويجعل علاقاته بالآخرين مضطربة .
- ٢ - تكون الخصائص المرضية شاملة للشخصية ، حيث لا ينال الإضطراب بعض السمات بحسب بل يشمل الطبع والبنية الذهنية - النفسية .
- ٣ - تكون السمات المرضية في الشخصية مستمرة ومستقرة يصعب تحويلها ولا يمكن ذلك إلا بقدر محدود .

أنماط الشخصيات المرضية

١ - الشخصية الهستريائية :

تشاهد هذه الشخصية غالبا لدى النساء وتتميز بعدد من السمات أهمها :

● حبّ النّظّاهر وجلب الانتباه . فيقوم الهستريائي بحركات مسرحية وسلوكيات مصطنعة ومتكلّفة ورعناء . كما يلجأ إلى أقاصيص يتعد فيها عن الواقع ويكسيها صبغة تراجيدية أو مثالية بتزييف الحقيقة والكذب وإختلاق اخراصات وتلك سمة أخرى للهستريائي .

● تكون مشاعر الهستريائي مزيفة ومبالغا فيها ، فهو يتجنّب العواطف العميقة والعلاقات الصّميمة كما أنه يتميّز بالأنوية والتكبر .

● وهو يعطي للعلاقات الإجتماعية طابعا شهوانيا ، ويتسم سلوكه بمحاولة ممارسة جاذبية على الآخرين .

● رغم أنه يخفي في عمقه خوفا من الجنس وبرودا جنسيا وتهربا من النشاط الجنسي .

● الشخصية الهستريائية ضعيفة مرتبطة قابلة للإيحاء وتسعى للحصول على العطف والحب واحتكاكها .

● يسيطر الضعف الانفعالي على الهستريائي وفرط العاطفية والنزق فهو لا يتحمل الحرمان وينخفض لنزوانه كما يفرغ إنفعالاته بشكل إستعراضى (نوبات غضب أو بكاء . . .)

لا يملك الهستريائي قدرة كبيرة على السيطرة على ذاته أو على الاستبطان والتفقد الذاتي ، فهو ضعيف الاستبصار ، ويميل إلى الإسقاط العضوي لإشكالاته ، فيكثر من اللجوء إلى الأطباء والشكوى من مختلف الأعراض الجسمية . . . كما قد تترر نزعة همودية بمواجهة حالات الحرمان والإهمال وقد تأخذ شكل مساومات عاطفية (محاولات الانتحار المزيفة) إلا أن الحالة همودية قد تصبح أكثر شدة وإمتدادا مع العمر مؤدية إلى حالة مراقبة دائمة ومُعْطلة .

يُمَيِّزُ شَكْلَانِ لِلشَّخْصِيَّةِ الْمُسْتَرِيائِيَّةِ :

أ - الشَّكْلُ التَّظَاهِرِيُّ الْمُتَعَجِّلُ بِسُلُوكٍ مُسَرَّحِيٍّ وَزَيْفٍ لِلشَّاعِرِ وَالنَّزْوَعِ إِلَى التَّصْنَعِ وَصَبْغِ الْعِلَاقَاتِ الْإِجْتِمَاعِيَّةِ بِالشَّهْوَانِيَّةِ .

ب - الشَّكْلُ السَّلْبِيُّ الْمُرْتَبِطُ : حَيْثُ يَطْلُبُ الْمُسْتَرِيائِيُّ الْعُطْفَ وَالْحُبَّ وَيَتَصَفَّ بِالضَّعْفِ الْإِنْفَعَالِيِّ وَالتَّجَنُّبِ وَبِالسَّهَاتِ الرَّهَابِيَّةِ وَاللَّا نَضَّحِ وَنَوْعٍ مِنَ الطَّفُولِيَّةِ .

نَعْبَرُ الشَّخْصِيَّةَ الْمُسْتَرِيائِيَّةَ عَنِ الْعَجْزِ عَنِ تَحْقِيقِ حَلٍّ سَوِيِّ لِلْأُزْمَةِ الصَّرَاعِيَّةِ الْجَنْسِيَّةِ ، حَيْثُ يَتَمَّ كَبْتُ النِّزَاعَاتِ الْعِدَائِيَّةِ وَالْجَنْسِيَّةِ وَيَسَاهِمُ التَّثَبُّتُ الضَّمِّيُّ فِي عَرْقَلَةِ إِحْلَالِ الْأُزْمَةِ الْأَوْدِييَّةِ وَيُفَسِّرُ ذَلِكَ الثَّنَائِيَّةَ السَّرِيرِيَّةَ لِلْسَّهَاتِ الْمَرْضِيَّةِ (حُبِّ التَّظَاهَرِ وَالْإِرْتِبَاطِ الْعَاطِفِيِّ) . . . وَيُظَلُّ الْمُسْتَرِيائِيُّ بِحَاجَةٍ مُسْتَمِرَّةٍ إِلَى مَحِيطٍ أُمُومِيٍّ يَلْبِي رَغْبَاتَهُ وَنَزَوَاتَهُ الطَّفُولِيَّةَ وَيُجَمِّمُهُ مِنَ الْخُرْمَانِ وَالشُّعُورِ بِالضَّعْفِ .

2 - الشَّخْصِيَّةُ الْوَسْوَاسِيَّةُ (الطَّبْعُ الشَّرْجِيُّ)

يُمْكِنُ تَمْيِيزُ هَذَا الطَّبْعِ بِسَهُولَةٍ : وَيَتَجَلَّى بِحُرْمَنِ مُسْتَمَرٍّ عَلَى النِّظَامِ وَالنِّظَافَةِ ، وَدَقَّةٍ وَمِثَالِيَّةٍ . حَيْثُ يَكُونُ الْفَرْدُ الْوَسْوَاسِيُّ أَخْلَاقِيًّا دَقِيقًا فِي مَوَاعِيدِهِ ، مُنْفَذًا لِلْإِتْرَاقَاتِ وَوَاجِبَاتِهِ بِحَدَافِيرِهَا .

وَيُشَاهَدُ لَدَيْهِ حَسٌّ إِقْتِسَادِيٌّ مُفْرَطٌ قَدْ يَصِلُ حَتَّى الْبُخْلِ وَالتَّقْتِيرِ وَيَصْعَبُ عَلَيْهِ الْعَطَاءُ وَمُشَاطَرَةُ الْآخَرِينَ فِي حِينٍ تَشْتَدُّ لَدَيْهِ نَزْعَةُ الْإِمْتِلَاقِ وَالتَّخْزِينِ .

يَكُونُ الْوَسْوَاسِيُّ أَيْضًا عَنِيدًا مُثَابِرًا لَا يَأْبَهُ لِأَرَاءِ الْآخَرِينَ وَكَثِيرًا مَا يَكُونُ مُتَسَلِّطًا سُلْطَوِيًّا . . وَمُهَذَّبًا ، عِدَائِيًّا دُونَ أَنْفَعَالٍ يَنْقُذُ الْآخَرِينَ وَيَعْمَلُ عَلَى السَّيْطَرَةِ بِشَكْلِ عَقْلَانِيٍّ .

يَبْحَثُ الْوَسْوَاسِيُّ عَنِ الدَّقَّةِ فِي التَّعْبِيرِ حَتَّى الْإِثْذَالِ ، وَيَكُونُ بَارِدَ الْمَزَاجِ لَا يَتَأَثَّرُ بِالْعَوَاطِفِ . يَمِيلُ إِلَى الْعَقْلَنَةِ ، لَا يَبْدُو أَنْفَعَالَاتِهِ الْعَمِيقَةَ . يَحْسِبُ وَيُرْسِمُ مَخْطُطَاتِ سُلُوكِهِ ، فَلَا يَسْلَمُ ذَاتَهُ إِلَى الْعَفْوَةِ وَالصَّدَقَةِ وَيُجَاسِبُ نَفْسَهُ وَالْآخَرِينَ بِصَرَامَةٍ . .

تَتَمَتَّعُ هَذِهِ الشَّخْصِيَّةُ بِدِفَاعَاتٍ نَفْسِيَّةٍ فَعَّالَةٍ بِأَلْيَةِ الْعِزْلِ حَيْثُ تَفْصَلُ

الذكريات والتمثيلات والأحاسيس عن بعضها لتجنب ظهور القلق والأزمات النفسية فلا تتحول إلا نادرا إلى عصاب وسواسي . بينما كثيرا ما تحدث أزمات همودية بتقدم العمر .

تعكس السمات الوسواسية كيفية الصيرورة اللاشعورية للشهوية الشرجية والعدائية - السادية للمرحلة السادية - الشرجية . حيث تنشأ تشكلات إرتكاسية (أي نشوء أنماط سلوكية - نفسية تتضاد مع الرغبات المكبوتة كارتكاس تجاهها) فالنظافة المفرطة والتهذيب الشديد تشكلات إرتكاسية ضد حب الأوساخ وضد العدائية المكبوتة . في حين تنتقل بعض النزعات أو تتصعد فالإهتمام بالمال وبالتخزين مثلا يعوض إهتمام الطفل ببرازه . .

3 - الشخصية الواهنة نفسيا

تتميز هذه الشخصية بشعور بالنقص ومحاسبة النفس المستمرة والاجترار الذهني والشكوك وحدة الضمير ومشاعر الذنب وانخفاض بالطاقة النفسية وشعور مزمن بالتعب والإرهاق خصوصا عند الصباح وتخف خلال اليوم .

يكون الواهن النفسي قلقلًا متردداً ، ترهقه الأنشطة العملية ويصعب عليه التركيز الذهني واستجماع ملكاته العقلية . يميل إلى الدقة والأخلاقية والمثالية ويسهل عليه الهروب من واقعه إلى الإمتيهايات والخيال والتصورات والحسابات والمخططات الذهنية ، كما يكون زائد الانفعالية مفرط الحساسية .

إن الإضطبان القلق للواهن النفسي كثيرا ما يقوده إلى مخاوف مراقبه (المخوف من المرض) . كما قد يتطور لديه عصاب وسواسي ، أو حالات همودية تنجم عن إنبهار التعويض النفسي الذي تحدثه فرط حساسية الواهن النفسي للصدمات والازمات النفسية والجسمية (المرض ، الفشل ، تحمّل مسؤوليات جديدة الخ . . .)

4 - الشخصية الرهابية (والهروبية)

تشتم بلجم سلوكي قوي يتظاهر بالتحجّل والإعجاء والسلبية ، وموقف هروبي

يبدو بانطواء اجتماعي والخوف من الالاقبول . فلا يقوم الرهابي ببناء علائق شخصية إلا عند الاطمئنان إلى أنه لن يرفض . كما يكون مفرط الانفعالية والحساسية فيحتج باستمرار إلى أمن عاطفي ويتوحد كل نقد قد يوجه إليه كما تثير لديه كل الخوافز العاطفية والغريزية قلقا وخوفا وانسحاباً .

وأحيانا تحدث سلوكيات مضادة للرهاب كهروب للأمام ، بفعل آليات ما فوق التعويض والنقل حيث يقبل الرهابي على موافق جريئة في ميادين حساسة بالنسبة له ، إلا أن هذه المواقف تكون سطحية ولا تتعلق بالمضمون العلائقي أو أن الرهابي يضطر للانسحاب عندما يضطر فعلا لمواجهة اندماجه في الموقف .

يقارب بعضهم بين السية الواهنة نفسيا والبنية الرهابية . كما يلاحظ أحيانا وجود تشارك بين السمات المستريائية والسلوكيات الرهابية فتطلق إذاك تسمية «الطبع المستريائي - الرهابي» .

5 - الشخصية الحدودية

هي شخصية ترتبط بالحالات الحدودية وهي حالات مرضية لا يمكن وضعها ضمن التصنيفات المرضية الرئيسية (العصابيات ، النفاسات ، الانحرافات ، وشذوذات الطبع) ولا يزال الجدل قائما حول تحديد هذه الشخصية التي تجمع السمات التالية :

- صعوبات في الصبط الانفعالي :
- أزمات حصر وقلق كثيرة الحدوث .
- اضطرابات ولا إستقرار في العلاقات الشخصية
- اضطرابات وتقلبات مزاجية .
- يصعب على الشخصية الحدودية تحمل الوحدة والعزلة وتكون مرتبطة عاطفيا .
- يوجد لدى الحدودي إحساس بالفراغ الداخلي واضطرابات بالهوية الجسدية والجنسية .
- كثيرا ما تشاهد محاولات إنتحار ومحاولات تشويه ذاتي .

6 - الشخصية النرجسية

تتمركز إهتمامات النرجسي على قضاياها وإشكالاته الشخصية بحفزه في ذلك إحساس مفرط بأهميته الشخصية ، قليل الفاعلية والعملية يميل إلى أحلام يقظة يتعنى محتواها بإستيهامات القوة المطلقة والنجاح والحب المثالي والسيطرة عن الآخرين . يطلب النرجسي الإهتمام والإعجاب من الآخرين بينما لا يبالي إطلاقاً بتفهم أفراد محيطه ويتزعج إلى استشارهم ويجد أن كل الإمتيازات التي يحصل عليها من حقه فلا يشعر أنه مدين بشيء أو يتوجب عليه خدمة الآخرين . وهو يوجه النقد إما بلا مبالاة مطلقة وإما بإحساس بالإمتهان والحق .

7 - الشخصية المنحرفة

لا يجد مفهوم الشخصية المنحرفة القبول لدى جميع المؤلفين . وهو يشير طبقاً لنظرية التحليل النفسية إلى أفراد يستمدون المتعة من القيام بشكل خفي بأنشطة تجلب الضرر والألم للآخرين دون أن يدو عليهم ذلك من ناحية سلوكهم الاجتماعي الظاهر .

كما يشير مفهوم الانحراف أحياناً إلى اضطرابات في السلوكيات الجنسية .

8 - الشخصية السيكوسوماتية (النفسجسمية)

مفهوم حديث يتأثر من مدرسة الطب السيكوسوماتي ولا يزال موضعاً للجدل . تتسم هذه الشخصية بفقر الحياة الخيالية والمجال الإستيهامي وبشخصية «عملية» مرتبطة بالواقع ، متجذرة من كل سياق أولي (لا شعوري) ودون أحلام وتخييلات ويتم التعبير النفسي المرضي في هذه الشخصية عبر الاضطرابات الجسدية الوظيفية .

9 - الشخصية السيكوباتية (أو المضادة للمجتمع)

يصعب لدى هذه الشخصية التكيف مع المجتمع ونظمه وقوانينه وتكون

قصة الحياة متسمة باللااستقرار وصعوبة التكيف والنزوات . فمنذ الطفولة تظهر اضطرابات سلوكية ، وتعاقب بين السلبية والهياج . فيكون النشاط المدرسي مضطربا مع حالات عنف ونوبات غضب عصبية وحالات هروب من المدرسة وحتى من البيت وتزداد الاضطرابات عند المراهقة بسلوك عدائي وصراعي تجاه الأهل والمدرسين وكل من يمثل السلطة . وتعرقل الدراسة واللجوء إلى الكذب والسرقة والعنف ومعاشرة المنحرفين والجانحين ، وأحيانا محاولات الانتحار واللجوء إلى الإدمان والشذوذ الجنسي . أما عند الكهولة فيظل الاضطراب قائما يعرقل الاندماج الاجتماعي . المهني ويمنع الاستقرار . كذلك تسيطر الأنوية واللااستقرار العاطفي فيكثر الانفعال والطلاق وإهمال الأسرة والعلاقات المتهورة العابرة والهروب من المسؤوليات والواجبات .

يخضع السيكوباتي لنزواته ويميل للأفعال المتهورة فلا يمكنه التخطيط لمستقبل بعيد ولا الاستفادة من تجاربه وإحباطاته السابقة أو حتى العقوبات التي يتعرض لها .

ورغم ما يظهره السيكوباتي من قسوة أو لاجسسية بادية فإنه تخفي اضطرابا مزاجيا وشعورا عميقا بالضجر يعمل على معالجته بالتنقل المستمر أو اللجوء إلى الإدمان أو الإقبال على الإثارة والأعمال الطائشة . فيتغذى السيكوباتي بالأوهام والخيالات هاربا من الواقع حتى يصل إلى بنيان خرافي يتسلل أحيانا إلى كامل سلوكه ويخلط بين الواقع والحقيقة بهدف إرخاء نرجسيته ونزواته ، كأن ينسب لنفسه هوية مخالفة للحقيقة يتقمصها حتى درجة غلظة نفسه ويستثمرها في مشاريعه وأحنيالاته . ويكون السيكوباتي لا أخلاقيا أكثر منه منحرفا . إلا أن حالات انحراف جنسي تشاهد لدى بعض السيكوباتيين .

10 - الشخصية القلقة

يتم بحالة مستمرة من التوتر القلق ، مع ضعف إنفعالي وإشارة وفرط إرتكاس للمثيرات الخارجية . يكون النوم مضطربا سطحيا . والتوجس دائما توقعا للأخطار والمفاجآت بينما يدفع إنعدام الإطمئنان إلى البحث دائما عن التواجد ضمن محيط يشع الحماية والثقة .

وتشكل هذه الشخصية قاعدة مؤهبة لعصابات القلق والعصابات الرهابية .

11 - الشخصية الزورية .

تجمع الشخصية الزورية الصفات التالية :

- تكون مفرطة في تقييم الذات متكبرة ، ذات كبرياء وتعاطف مختصر الآخرين . فلا يعترف الزوري بأخطائه ويكون عنيدا ، لا يتراجع في أحكامه وتقييماته مهما بدت بعيدة عن الحقيقة ويبدى أحيانا تواضعا مصطنعا واهتماما بقتان حبه لذاته وتمركزه عليها .

- يغيب لديه النقد الذاتي وتكون أحكامه خاطئة مع تصلب وجمود نفسيين فيكون متسلطا لا يتسامح ولا يترك مجالا للآخرين .

ينظر بريية وشكوك إلى محيطه عما يصيب علاقاته ويميل إلى نزعة تأويلية لما يحدث حوله حسب منظوماته الذهنية الباطنة . فيصعب اندماجه الاجتماعي وتنعكس عدائيته وغيته وأنوثيته وضبايته النفسية على علاقاته وتؤدي إلى أزمات مع محيطه الأسروي

تقسم الشخصية الزورية إلى أنماط ثلاثة :

● النمط المقاتل : تؤدي الريية والشكوك إلى تأويل مفرط للضغوط الخارجية مما يفتح سلسلة من المطالبات والعدائية والإجراءات والشكاوي والملاحقات .

● النمط المتمني : حيث ينطوي الزوري على ذاته ويصبح حالما مثاليا . يبنى سعادة العالم حسب منظومة نظرية شبه منطقية . .

- النمط الحساس : يعتبر مشتركا مع الشخصية الواهنة نفسيا ، يتصف هذا النمط بفرط الانفعالية والحساسية والدقة والخفية والعذاب الداخلي . بينما تتوارى الكبرياء والريية خلف هذه السمات .

يشاهد هنا الوهن والعجز عن التعبير عن المشاعر العميقة وميل إلى الانطواء وممارسة جدل باطن طويل .

يتعرض الأشخاص من هذا النوع للهمود والمراق ويمكنهم بناء هذين

علائقي نتيجة لمواقف راضة .

تطلّ الشخصية الزورية مستقرة عادة من سماتها ويكون التعويض النفسي فعلاً لديها إلا أن تظاهرات مرضية نفسية قد تتجلى في حقب من الحياة مثل

- الشكاوي المراقية حيث تنال الريبة والشكوك من الطبيب الذي يتهم بالإهمال وأرتكاب الأخطاء ويتم ملاحظته ومطالبته مما يتطلب حذر على هذا المستوى من الطبيب المعالج .

- لإرتكاسات العاطفية عند حدوث حالات حرمان : كالعبارة المرضية - الهذيان الزورية .

12 - الشخصية الفصاموية

تتسم هذه الشخصية بالانطواء على الذات والبرود الإنفعالي والعجز عن التعبير المباشر عن الأحاسيس والمشاعر وعن بناء العلاقات الحميمة . واللامبالاة تجاه العالم الخارجي والتزوع إلى العزلة والخيالات حيث يخفي البرود العاطفي حياة خيالية شديدة الشراء . يتسم أسلوب التفكير والسلوك الإنفعالي بالغرابة فيتجه إلى التجريد المفرط والشاذ وإلى المواضيع الروحية وتبدو أحياناً ارتكاسات إنفعالية غير متوقعة .

13 - الشخصيات الدورية

تقابل المزاج الدوري الهوسي الممودي وتكون هذه الأنماط من الشخصية متفتحة ونشطة زائلة المرح والتفاؤل (الشخصية ما تحت الهوسية) أو تصطبغ بحركة دورية بين الممرد وما تحت الهوس إلا أن الشخصية الدورية تظل دائماً منسجمة في ذاتها .

القسم الثاني

الأمراض والتناذرات النفسية

الفصل الاول

الأمراض العصبية

كان العصاب يعتبر مرضا عصبيا لا يمكن كشف التآلف أو الآفة العصبية فيه ، أما اليوم فإن المفهوم العام المتفق عليه يتمثل في اعتبار العصاب مرضا نفسيا واضطرابا بالشخصية تلعب فيه العوامل النفسية دورا رئيسيا ، يتظاهر هذا المرض بأعراض ذاتية وموضوعية يجسها المريض ويتفاعل معها دون أن تضطرب علاقته مع الواقع كما في النفاسات . أما الاضطرابات العلائقية والاجتماعية فتظل عادة محدودة تشمل إشكالات وجودية وتمس تلاؤم و المريض وقيمه الذاتية وطموحاته مما يدفعه كثيرا للجسوء إلى العيادة الطبية مخشى وإن كان لا يدرك المنشأ النفسي لأعراضه واضطراباته .

١ - مدخل تاريخي إلى مفهوم العصابات

تمثل المستيريا النموذج التاريخي للعصابات حيث وصفها ، منذ القديم

الطبيب اليوناني « هيوقراط » وظلّ هذا الوصف ثابتاً عبر التاريخ في خطوطه العامة فاعتبرت مرضاً غريباً ينال النساء خصوصاً ذو علاقة بالرحم (تشكّل الكتلة البطنية) ويتظاهر بعدّه أشكال إلا أنه يتميز دائماً بالسلوك التمثيلي المصطنع . كما وصف ابن سينا (القرن العاشر م) حالات عصابية وهستيرائية وعالجها بالإجهاض وتغيير الظروف الاجتماعية للمحيط (كالنضج بالزواج) . أما في القرون الوسطى الأوروبية حيث عمّت موجة من القمع الديني ضدّ المرأة (القرن الخامس عشر) فقد أحرقت عدّة مريضات بالهستيريا بتهمة الشعوذة والسحر أو على أساس أنهن مسكونات بالشياطين (ونحن العرب عندما نصف تلك العصور بالظلام والانحطاط ، وقد كانت كذلك فعلاً ، لا يجب أن ننسى أننا لا تزال نعيش ما يشابه تلك العصور في قطاعات واسعة من مجتمعاتنا حيث لا تزال الأمراض النفسية ومنها خصوصاً الهستيريا تعزى إلى السحر والشياطين و« تعالج » بطقوس الشعوذة والتألم والتعاويد وباستخدام القيم الروحية المخرفة للتضليل والتجهيل في ظلّ تأمر أو صمت بعض « الأوصياء » على هذه القيم) . . . وفي القرن السابع عشر ذكر « سيدنهام » أن الهستيريا يمكنها أن تتقمص شكل كل أنواع الأمراض . وكانت تسمى إذاك « الأبخرة » حيث كان يعتقد أنها تنشأ عن أبخرة غريزية تصعد إلى الدماغ وترفع حرارته . أما « بول بوم » فعزاها إلى تخفّف بالدماغ وعالجها بحمامات مياه تدوم يوماً كاملاً . وفي القرن التاسع عشر إدعى النمساوي « أنتون مسم » (ويعتبره البعض مشعوذاً) إكتشافه للمغناطيسية الغريزية (أو الحيوانية) وأخذ يعالج المرضى بباريس بواسطة معادن ممغنطة (إلا أنه كان يعتمد في الحقيقة على الإجهاد) ، وفي 1880 وصف « شاركو » الفرنسي بمشفى السالبتريير « الصرع الهستيرائي » واكتشف أنه يمكن إحداث النوبات بالإجهاض والتتويم الطبي فانتقل من إعتبارها مرضاً عصبياً إلى تبين أهمية العوامل النفسية فيها وكان من بين تلاميذه الطبيب الفرنسي « جانييه » الذي درس الهستيريا بعمق ووصف في 1883 الوهن النفسي (شخصية وسواسية - قسرية واهنة مع دقة وفرط حسّ وضمير وأزمات ضياع شخصية . . .) وأول الحالات العصابية ؛ باستخراج مفاهيم القوة النفسية (وهي طاقة كامنة ومتحركة يمكن إستيادها في النشاط النفسي) والتوتر النفسي (وهو مستوى القدرة على إستخدام الطاقة النفسية طبقاً لدرجة المتطلبات الوظيفية) . وهو

يعتبر العصابات ناشئة عن اضطراب بالوظائف النفسية الراقية (الاجتماعية -
العلائقية خصوصاً) بسبب خلل في مراحل نمو الشخصية . كما يعطي أهمية كبرى
لما تحت الشعور في الديناميكية النفسية يعلل المستريا بضعف في القوة النفسية يحدد
من مجال الوعي ويسمح بتظاهر تأثير أفكار ثابتة كامنة في ما تحت الشعور ، أما الوهن
النفسي فيراه هوطاً في التوتر النفسي لا يسمح باستثمار ملامح للطاقة النفسية التي
تتحرف إلى تغذية القلق والوساوس والسلوكيات القسرية .

من بين تلاميذ شاركو أيضاً الطبيب النمساوي « سيغموند فرويد » الذي
واصل أبحاثه ، حول المستريا بالإشتراك مع « بروير » في فيينا وانتقل عبرها إلى
نظرية عامة للبنية والديناميكية النفسيتين إنطلق منها إلى تفسير آليات النشوء
العصابي والمرضي النفسي وتصنيف العصابات والأمراض النفسية الأخرى
ومعالجتها . وقد ترسخ هذا البنيان النظري وتطور وأصبح قطاعاً جوهرياً وتاريخياً في
الطب النفسي وعلم النفس المرضي

خلال ذلك أضاف الأمريكي « بيوت » في أواخر القرن التاسع عشر وصف
تناذر عصابي آخر هو الوهن النفسي (صداع ، ألام قطنية ، اضطرابات هضمية
وهن شامل ، قلق منتشر) .

أما تسمية العصاب Neurose فتعود إلى العالم الأسكتلندي كولن وكانت
تشمل كل الآفات الاختلاجية (المستريا ، الكزاز ، الربو الخ)

١١ النظريات النشوتية للعصابات وإمراضيتها النفسية

أ - النظريات البيولوجية :

كانت نظريات المنشأ البيولوجي للعصاب شائعة وسائدة حتى بدايات هذا
القرن حيث كان الأطباء يعززون العصابات إلى آفة بالجهاز العصبي المركزي
« كينال » و « شاركو » الذي وصف العصاب بحالة مرضية يوجد مركزها في الجهاز
العصبي لكنها لا تترك أثراً نسجياً أو تشريحياً في الجثة بعد الوفاة ولا شك أن من
العوامل التي شجعت هذا المفهوم ، التشابه بين بعض الأعراض العصبية

والأمراض العصبية وتوافق العديد من الآفات العضوية بتظاهرات عصبية .
والإلتباس الذي كان شائعا بين المستريا المقلدة لكل الآفات العصبية وهذه الآفات
كذلك .

وتحورت بعض النظريات حول العامل الوراثي إلا أن الدراسات والأبحاث
المختلفة لم تقدم إلى حد الآن برهانا جديرا بالاعتبار .

أما الأبحاث الأخرى الفيزيولوجية العصبية والخلطية والكهربائية التخطيطية
فلم تتجاوز نتائجها أكثر من الإشارة إلى بعض الاضطرابات الدنيا غير النوعية .

لقد كان للتحليل النفسي في بدايات هذا القرن الدور الجوهري والهام في
دراسة العصابات وموضعها في إطار الديناميكية النفسية وسيقا النشوء النفسي للفرد
وما تتخلله من اضطرابات في مراحل النمو النموذجية تنشأ عن التفاعل مع المحيط
الأسروي خلال الطفولة المبكرة ، إلا أنه وعلى نقيض الاعتقاد الشائع ، كثيرا ما عبر
فرويد عن نظرة منشائمة إلى العصابات من حيث وجود استعداد عضوي بنوي لها
ورأى أن حدود التحليل النفسي تقتصر على إستكشاف المركبات النفسية للنشوء
العصابي ، بينما ترك لتطور العلوم الحيوية الأخرى كشف العناصر البيولوجية
للعصاب والتي لن تتناقض مع نظريات التحليل النفسي بل تكون وجها آخر لعملية
واحدة . ومنذ ذلك الحين ، وحتى الآن ، تحوكت نظرية المنشأ العضوي الأحادي
الجانب إلى مفهوم التربة المهيئة للعصاب والذي يسود بين معظم التيارات
والمدارس .

ونحن نرى أنه حتى نظرية التربة المهيئة ، الأكثر اعتدالا من وجهة النظر
البيولوجية ، هي عرضة للشك والدحض ، سواء من ناحية دراسة النشوء العصابي
أو علم النفس المرضي العام أو الديناميكية الفيزيولوجية والتشريحية العصبية أو
وباثيات الأمراض النفسية أو معالجات العصاب .

فنحن نعلم أن نضج الجهاز العصبي المركزي لا يتكامل إلا بعد السنوات
السبع الأولى من الحياة أي خلال المرحلة التي يتم فيها النشوء النفسي الأساسي
للفرد لذلك فنعتقد أن تكيّف هذا الجهاز لاستجابات عصبية ونفسية وسلوكية معينة
تسم الطبع والشخصية ، لا تعود بالضرورة إلى استعداد عضوي أصلي بل تعود إلى

فعل العوامل النفسية - الاجتماعية والمثيرات الإشرافية الخارجية . كما نعلم أيضا مدى التأثير المتبادل بين الجهاز النفسي والعضوية بحيث لا يمكن النظر إلى الإنسان إلا كوحدة نفسجسمية لا يمكن فصلها ومن ناحية أخرى نعرف العلاقة الفيزيولوجية الجسيمة بين الجهاز العصبي والجهاز الغدي وما يعني ذلك من تبادل وتأثر بين مختلف أعضاء الجسم وأجهزته ووظائفه والجهاز العصبي المركزي لذلك فإن العوامل النفسية قديرة تماما ، وفي شروط ترتبط بعدة عوامل معقدة ومركبة منها الشدة والإمتداد ، على التأثير في وظائف العضوية وبنية أجهزتها، كما أن لكل الاضطرابات المرضية ، سواء النفسية أو العضوية ، هذا التأثير ، حاداً أم مديداً ، بحيث أن الاستشهاد بتبدلات فيزيولوجية أو خلطية أو تخطيطية وظيفية ، لا مكان له في مجال البرهنة ، فهذه التبدلات تحدث لدى الفرد العادي ، حتى بين فترات النهار والفصول والنوم واليقظة والإنفعال الخ . . . فكيف بالرضوض النفسية الحادة والمديدة ؟

وإن نحن تجاوزنا مسألة الاستعداد العضوي إلى التساؤل هل أن التبدل أو التكيف العضوي الوظيفي الناشئ عن الرضوض النفسية المديدة والحادة التي ينجم عنها العصاب ، قابل للعكس ؟ فإننا نقول ان العضوية البشرية أو حتى الوحده النفسجسمية تملك قدرة هائلة على التكيف والتبدل وكما تكيّفت إستجابة لإشراط وظروف معينة فإنه يمكن إعادة تكييفها من جديد ، خصوصاً طبقاً لموقف علاجي يكون أكثر فعالية بقدر ما تكون مقوماته دقيقة كما يتعلق ذلك بعدة عوامل محدّدة . وما يثبت شدة تأثير العامل النفسي على الفيزيولوجيا والعضوية فعل التنويم الطبي . أما أساليب البحث والمعالجة الحديثة فلا تترك لفرضية الاستعداد العضوي مجال أهمية أو قيمة علمية من أي بعد كان (على مستوى المعرفة الراهنة) فمنهج كالمناهج العلاجي السلوكي وتطوراته كالضبط الحيوي الراجع التي تتمركز بدقة على إعادة تكييف العضوية أو تصحيح الاستجابات النفسية أصبحت تطال كل الأعراض العصابية الجسمية والنفسية ، دون إستثناء وتبدلها خلال أشهر . كما أن الاضطراب العصابي يشفى كلما تلقى المعالجة الملائمة سواء بالتحليل النفسي أو المعالجات النفسية أو ذات الوساطة الجسدية الجفزية الأخرى .

أخيراً نشير في هذا المجال إلى أن الاستعداد العضوي العصابي لم يثبت

إحصائيا أبدا بل ثبت دائما ودون إستثناء وجود المنشأ النفسي للعصاب . كما لم يثبت أبدا وجود فرد يحمل مناعة ضد العصاب لأنه لا يملك الإستعداد العضوي له بل إن الروبائيات تثبت وجود التظاهرات العصابية ونشوءها في مختلف البيئات الأسرية والإجتماعية واقتصادية والثقافية والإثنية كلها وجدت للقومات النفسية لذلك . بحيث لا يمكن التحدث عن إستعداد عضوي للعصاب ، إلا إذا أعتبر إستعدادا بشريا عاما . كما يمكن الافتراض أن بعض العناصر العضوية البنيوية قد تؤثر على بعض أشكال التظاهر العضوي الوظيفي للحالات العصابية .

ب - النظريات البيثوية والاجتماعية

تشمل هذه النظريات أساليب تفسير النشوء العصامي وتظاهراته عبر الأثر الحاسم الذي يمارسه المحيط بمختلف أبعاده على النمو النفسي للفرد ونضجه العلائقي « فرويد » يؤكد على وجود نموذج أصلي للنمو النفسي للطفل بمدى مراحل ثابتة خلال السنوات الأولى من الحياة ويتحدد سياقها أساسا عبر العلاقة الأسرية المثلية بحيث أن العصاب ينشأ من إضطراب في مراحل النمو هذه ويتحدد بالتالي خلال الطفولة . بينما أضافت بعض التيارات التحليلية النفسية أهمية العوامل الثقافية في التظاهر العصامي . فالعصابات تتخذ أشكالا مختلفة ونوعية حسب الخصوصيات الثقافية - الإجتماعية فالمستيريا مثلا تبديت أعراضها في نفس المجتمعات عبر التاريخ وأصبحت أقل مشاهدة في المجتمعات المصنعة كما تراجعت العصابات المتكاملة في هذه المجتمعات ، لتحل محلها أشكال أقل إنتظاما كاضطرابات الشخصية وعصابات الطبع كما تشاهد أعراض عصابية خصوصية لبعض المجتمعات لا تشاهد في مجتمعات أخرى كبعض الرهابات ذات السمة الثقافية التقليدية .

كذلك انطلق بعض العلماء والباحثين في نظرياتهم الإجتماعية والفلسفية حول وضع احتمال نزعة انطوائية تعمل هذا الإنكفاء ، وقد يكون ذلك صحيحا جزئيا إلا أن إهماله يعتمد على ما يحيطه من دوافع البحث والمعرفة مما لا يمكن أن يكون إلا إستشراف قوة جديدة تدعم الكيان المنجرح وتعطيه أملا في إكتشاف الطريق الصحيح . في هذا الحين تغتفر ساحة الفكر والمعرفة الى هذه المادة المعرفية مما يتطلب ، في المرحلة الأولى ، تغطية هذا الطلب وإدخال علوم النفس في مجال مراعاة ميادين

فكرية أخرى بلغ بعضها مبلغ التخمّة أو العقم ، مما يعني أن تقديم هذه المادة ولو بشكلها الخام وقبل أن يعطيها الإبداع العضوي المزيد من الخصوصية والتكيف لا يمكن أن يكون إلا مجدياً بما يطلقه من جدل ، يصحّح ذاته ، في وعي الإنسان وبم يوطيء له من خطاب علائقي إجتماعي لا بدّ أن يتعدّل مساره في سياق الوعي الجديد .

هذا شيء من إشكال موقع الإلتزام العضوي من تجنب العشوائية الميكانيكية المتلبّسة بداء الاستلاب أو بجرم اللوغائية والديماغوجية المتقوقعتين في عمى الذاتية وظلامها ، ومحاولة هذا الإلتزام موضوعة الإنجاز - العمل كمنظومة إتصال إجتماعي مع الآخر وفعل تغيير هادف في سياق واقعي (عضوي) تاريخي تقدّمي ، لا بمفهوم سياسي جامد فقد معناه ، بل بمفهوم شامل إجتماعي يعني تحقيق أو فتح طريق مزيد من الحرية والوعي والرفاه المادي والروحي للفرد والمجتمع . . . هذا هو المضمون . . .

إما إشكالية الشكل - والذي لا يمكن إنتراعه من جدليته الحميمة مع المضمون - فمنها مسألة أداة الإتصال ونقل المعرفة : اللغة . . . وهي ولا شكّ التظاهر الحضاري الأول للإنسان . تعكس بنيتة النفسية والعقلية تأكيد دور الصراعات والأزمات الاجتماعية الاقتصادية والسياسية والثقافية - الوجودية في شحنة الحصر القوية والقلق الذين يزعزحان الكيان النفسي ويفجّران الإضطراب العصابي . . .

العصاب ، النشوء النفسي والبيئة الأسروية الاجتماعية

نعتقد ، من وجهة نظرنا ، أن الآليات العصابية تتشكّل أساساً إنطلاقاً من إضطرابات تطرأ على مراحل جوهرية وعقدية في سياق النشوء والتطوّر النفسيين للإنسان . ونسمّي هذه المراحل العقلية في تعاقبها :

- أزمة الهوية الأولى (أو أزمة التفرد الأنوي)

- أزمة الهوية الثانية أو أزمة التماهي الأوديسي

- أزمة الهوية الثالثة أو أزمة التفرد الاجتماعي - العلائقي (التماهي والتماهي -

المعكس) يتّضح من هذا التقسيم العقلي أننا غفصل العلاقة الجدلية : النشوء العصامي النشوء والتطوّر النفسين مع تأثير العوامل الاجتماعية بمختلف أبعادها ودورها الحيوي في التظاهرات والآليات العصابية في مرحلة متأخرة نسبيا من النمو النفسي (مرحلة المراهقة) في إطار ديناميكي نفسي لا يتناقض مع الآلية النفسية المركزية التي إكتشفها فرويد للتظاهر العصامي وهي عودة صراعات نفسية مقصاة (أو مكبوتة) تتمثل في التناقض بين رغبات ونزعات محرمة وبين مبدأ الواقع الذي يمثل استبطان ضغوط المحيط (السياق الثانوي) ، تعود هذه الصراعات من حيث اللاشعور إلى حيث الشعور ، لكن بصورة رمزية ومقنعة ، تتمثل في الأعراض والسلوكيات العصابية ، إلا أن الكبت بحد ذاته لا يمثل آلية مرضية بل هو آلية طبيعية وسوية في الديناميكية النفسية تسمح بتجاوز أطوار النمو النفسي إلى أطوار أكثر نضجا ، تطرح مهام جديدة على الفرد ، ولا يتحقق هذا الانتقال دون نجاح الكبت الذي ينظف مساحة الوعي من الصراعات ويتيح لها إستيعاب المعارف والأدوات الجديدة التي تدعم تكامل الأنا وتزيد طاقاته ومجال نشاطه إتساعا . إلا أن الكبت المفرط الذي يهمل التوازن بين مبدأ اللذة ومبدأ الواقع بفعل ضغط وتحريم خارجيين محضين ، فإنه يؤدي إلى شحن طاقات نفسية هائلة في اللاشعور مما تكون له هذه نتائج وخيمة تبعا لسياقات خصوصية مختلفة ، فانهحراف هذه الطاقات النفسية عن سياقها الطبيعي يحرم الأنا من الطاقات الضرورية لإنجاز مهام ، التطورية ، مما يجعله يتشبّه في مراحل مبكرة من النمو بينا يكون تطوره اللاحق زائفا وهشا فيسهل ذلك النكوص إلى هذه المراحل كلما ازدادت وطأة الضغوط الخارجية وأدت إلى إنبهار الآليات الدفاعية والتعويضية التي يبنها الأنا بشكل مهتز فتحل محلها أعراض عصابية . كما أن الآليات الدفاعية قد تستقطب الطاقة النفسية وترسخ لتصبح جزءا بنويا من الكيان النفسي ويتظاهر ذلك بنشوء الشخصية العصابية . كما أن الأنا ، الذي يعجز عن تحمّل الصراع الناجم عن الدفقات الغريزية ، قد يتصلب وينضمّر إلى الأنا الأعلى في عملية التحريم والوقاية مستخدما كل ما يتوفّر لديه من طاقة لإلغاء وعزل الدفقات الغريزية وإضعا محلها تشكيلات إرنكاسية بديلة تنتج مواقف وسلوكيات معاكسة للنزعات المكبوحة ، كما في البيان النفسي الوسواسي - القسري .

إذن لا يتشكل التظاهر العصامي عبر الكبت ذاته بل عبر فشل هذا الكبت وحلل وطائفه وانحرافه عن التوازن والسواء اللذين يوافقان إنسجام مختلف أطراف الشخصية ويتم ذلك بتفاعل عوامل يثنوية تتأتى من المحيط مع خصوصيات السنية النفسية المتشكلة وثغراتها ومواطن ضعفها . . .

١ - أزمة الهوية الأولى :

يولد الطفل بعد مرحلة جنينية حيوية تتميز بالاتحاد البيولوجي الكلي مع الأم . إلا أنه ، إثر ولادته ، لا يكتسب إستقلاليته مباشرة ، سواء بيولوجيا أم نفسيا . فنضجه لم يكتمل بعد على أي مستوى ويظل بحاجة إلى إرتباط حيوي مع أمه . كما أن حسه الحيوي ، الذي يسبق النشوء والمايز النفسين يظل في السياق الاندماجي مع الأم ، الذي كان يعيشه في الرحم ، وإن كانت طريقة الإتصال والإشباع قد تبدلت وأصبحت الثدي أو ما يمثلّه ، بحيث لا يتمكن الرضيع في هذه المرحلة من حياته من تمييز الثدي بل يعتبره جزءاً من ذاته ، ويشكل الإشباع بالنسبة له إمكانية متصلة وحاضرة باستمرار ، مما يعطيه إحساساً بالقدرة الكلية ووهما بالإشباع الذاتي . فعند غياب الثدي الفعلي يتحقق إشباع هلسي برضاع إلابهام لكن سرعاً ما يميز الرضيع عبر استمرار التوتر في جسده ، عجزه عن الإشباع الذاتي عند غياب جزء من كيانه هو الثدي مصدر الإشباع فيصبح هذا الثدي الموضوع الخارجي الأول الذي يبدأ به التمايز النفسي الأنوي للرضيع . وتسمي « ميلاني كلاين » الثدي : الموضوع الجزئي تفريقاً له عن الموضوع الكلي المتمثل بالأم وهي ترى أن الثدي ينقسم لدى الرضيع إلى « موضوع طيب » هو الذي يجلب المتعة والإشباع و« موضوع شرير » هو الذي يغيّب عند الحاجة ويجلب الألم والتوتر ، مما يدفع إلى نزعات عدوانية وتدميرية تجاه هذا الموضوع ويثير لدى الرضيع خوفاً من تدمير الموضوع الطيب وأحاسيس تجزأ ، وتسمي ميلاني كلاين هذه الحالة « الموقف الفصامي الزوراني » .

أما عند تمييز الأم كموضوع كلي فتتجم عن مشاعر الحب والعدوانية المتناقضة حالة من الحصر تشتدّ عند إضطراب حياة الرضيع وعلاقته مع أمه أو من يمثلها ولا يتحقق تمايزه النفسي إلا عبر الانفصام التدريجي لهذا الإرتباط خلال سياق

الانفصال - التفرد^(١) الذي ينطلق من حالة الارتباط الكلي متدرجا إلى الارتباط النسبي عبر مواضيع إنشائية^(٢) تمثل وضعية وسيطة بين الاندماج والانفصال .

فالصراع هنا يتمحور حول نزعة التمايز عن الأم والتفرد الأنوي مدفوعة بالنمو البيولوجي - العصبي وميالق النشوء النفسي اللذين ينقلان المهام الجديدة عبر حوافزها النزوعية إلى مستويات جديدة . بنفس الوقت تقلل جاذبية الوضع الاندماجي قائمة ، بما يحمله هذا الوضع من أمن واندماج . ولا شك أن قمة أزمة الهوية الأولى هذه تتظاهر بما اصطلح على تسميته «حصر الشهر الثامن» حيث يتبلور التمايز الأنوي للرضيع وشعوره بتمايز هويته عن هوية أمه فيعتمده قلق شديد عند غيابها فهذا الغياب يحمل لديه عدة معاني ودلالات واستيهامات منها أنه تأكيد لتفرده وانفعاله الأنوي عن أمه ، مما يعني أنها ليست مرتبطة حيويًا به بحيث أنها قد تغيب نهائيا ويقرن ذلك مع مشاعره العدوانية وممارسته لها (بزوغ الأسنان وعصر الثدي) فتغزوه مشاعر الذنب بفعل تفرده وانفصاله التدريجي عن الأم مما يجعله (إستيهاميا) قادرا على تدميرها وقتلها بينما لا تزال في ذاته بقايا الكيان الاندماجي الكلي ولا شك أن المنشأ الأول لمفهوم الموت يتبلور في هذه المرحلة ويتسم بصيغة الالتباس بين العدوانية الذاتية والعدوانية الغيرية في سياق الأزمة الصراعية بين الاندماج والتفرد .

نستخلص إذن بما سبق أن تجاوز أزمة الهوية الأولى التي يتم خلالها سياق الانفصال النفسي عن الأم والتشكل الأنوي المفرد يتمثل في قتل رمزي وفعلي (هل المستوى النفسي) للمرحلة السابقة الاندماجية التي تقوم على انقاضها مرحلة التمايز الأنوي . إذ يتبلور خلال ذلك موقف إختياره بين التثبيت والتمسك بالمرحلة القديمة وبين الانتقال إلى المرحلة الجديدة ، يتطلب حسمه التسليم بإنقضاء وموت المرحلة السابقة وبالتالي نشوء سياق حداد (التسليم بالفقدان الهائي للمرحلة السابقة) ، يسمح عند نجاحه بنشوء سياق ترميمي ، يتيح الانتقال إلى مرحلة أرقى من السابقة . وحتى يكون هذا التطور ناجحا وسويا ، لا بد أن تكون الدوافع المعتمدة

(١) مارغريت ماهر

(٢) د. و. وينيكوت

أساساً على جدلية منظومة الحرمان - الإثابة تحمل إيجابها إستقطاباً مجزياً للطاقة النفسية نحو المرحلة التطورية الأرقى . فتشكل هذه المرحلة تمايزاً واعداداً للمتعة والإشباع أكثر ثراء واستجابة للحاجات مما توفره المرحلة السابقة . مما يبرر إستثمار الطاقات النفسية بهذه الإجهاد رغم ما يمثل ذلك من فقدان وحداد على غلط إشباع فريزي . عاطفي قديم . أما إختلال التوازن الإيجابي لهذه الركيزة التطورية الأساسية . الحرمان - الإثابة فيؤدي إلى حالات تثبيت وتكوص ، متفاوتي الشدة ، إلى المراحل البدئية تتجلى بالإضطواء الذاتي والاضطرابات النفسانية . أو يكون إضطراباً أخف وتشارك جوهرياً مع المراحل التطورية التالية وأزمني الهوية التاليتين في نشوء وتظاهرات الإضطرابات العصبية . فالآلية النفسية الثنائية الديناميكية : الفقدان - الترميم أو الحداد - الترميم آلية مركزية في النمو والنضج النفسيين وبالتالي في حياة الفرد وسلوكه إذ أن هذه الحياة تعاقب مستمر للاختيارات الطوعية القسرية وكل إختيار جديد يتضمن حداداً وفقداناً لشيء ما واستقطاباً للطاقة النفسية حول الترميم المتمثل بإيجاد بديل مجزٍ للشيء المفقود سواء كان رمزياً أم فعلياً . .

يتظاهر نجاح التشكل الأنوي لدى الطفل بظهور آلية النفي والرفض لديه «لا» بين الشهر الثاني عشر والثامن عشر (يسمى الباحث «رينيه سبيتز» إكتساب قدرة الرفض والنفي بالناظم الثالث للنشوء النفسي أما الناظم الأول بالنسبة له فهو الإستجابة الإجتماعية المتمثلة بالإلتصام الذي يظهر في الشهر الثاني من العمر والناظم الثاني هو «محصر الشهر الثاني» الذي تحدثنا عنه .) فالرفض يمثل لدى الطفل تأكيداً لتمايزه عن أمه وتميزاً لهويته الأنوية المتفرقة بما يحمله من معاني الفعل والتأثير والسلطة على العالم الخارجي .

2 - أزمة الهوية الثانية :

تتموضع هذه الأزمة في الفترة السابقة للعمر المدرسي أي بين سن الثالثة والسابعة . وتشكل قمة أطوار النشوء النفسي الأولي التي تتعاقب خلال وإثر التمايز الأنوي البدئي والتي تتزوع عليها السمات والخصائص القاعدية لشخصية الفرد ، طبقاً لنمط صيرورتها وكيفية تجاوزها .

وهذه المراحل التي سبقت دراستها بإيجاز في القسم الأول من هذا الكتاب تتشكل أساساً من المرحلة الفمية والمرحلة السادية الشرجية وأخيراً المرحلة التي نختصها بالدراسة هنا وهي المرحلة الأوديبية . ولا تتعاقب مراحل التطور هذه ، بشكل ميكانيكي بل إنها متداخلة وترتبط فيما بينها بروابط تأخر جدي وقد أشار «أبراهام» ومن بعده «ميلاني كلاين» ومن تبعهما من باحثين في ميدان النشوء النفسي للم طفل إلى أن الخطوط الأولى للمرحلة الأوديبية ترسم في فترة باكراً بالنسبة لما حدده «فرويد» من تقسيم زمني لتتالي المراحل .

تمثل المرحلة الأوديبية في إكتشاف الطفل لسبب رئيسي لغياب الأم هو الأب فهو بعد تمايزه الأنوي يظل مرتبطاً عاطفياً ومادياً بأمه التي تبقى المصدر الرئيسي لتلبية حاجياته ورغباته حتى بعد إنقضاء علاقتها الإندماجية (من وجهة نظر الرضيع) فتصبح الموضوع الخارجي الأول لنزعاته التي تسير هي أيضاً في سياق التمايز فتتفرن رغباته الشهوانية والغذائية التي كانت مندمجة في علاقته الفمية مع أمه وظلّت متعدّدة الأشكال وغير متمايزة . لذلك تكون رغبة الطفل بامتلاك أمه شديدة وعندما يدخل الأب في هذه العلاقة الثنائية ليحولها إلى علاقة مثلكة ، يحسّ الطفل بوجود منافس قوي له وتتملكه مشاعر الغيرة ، خصوصاً ، وأن هذا المنافس هو مصدر غياب الأم وفقدائها ويتمتع باهتمامها وحبّها . إضافة لذلك يكون دخول الأب في هذه العلاقة فاعلاً إذ يعمل على دفع الطفل إلى ضبط نزعاته الغريزية والخضوع إلى الضوابط والمعايير الاجتماعية ، مما يجعله يظن أن ذلك الضبط والمنع والتحرّيم هي معاقبة له على رغبته بامتلاك الأم ، مما ينشئ لديه مشاعر الذنب والخوف من الإقصاء «عقدة الإقصاء» في نفس الوقت يدرك أن لا قبل له بمقاومة الأب إذ أن ينشأ لديه ، في الحالة السوية سياق جوهري يستجيب للواقع ويتلاءم معه كما يستجيب لرغباته ونزعاته التطورية ويتمثل هذا السياق في التسليم باستحالة إمتلاك الأم ويكتمل الحداد بإقصاء هذه الرغبة إلى اللا شعور . أما ترميم هذا الفقدان فيتم باكتساب دافع وطاقة جديدة للنمو والتطور تستمد من التماهي مع الأب أي إستبطان الصورة الأبوية وجعلها مثلاً يسعى الطفل إلى تحقيقه في ذاته إذ أن التماثل مع الأب يمثل بالنسبة للطفل في تلك المرحلة الوسيلة الوحيدة لتحقيق إمتلاك الرمز الأمومي في مرحلة متأخرة .

هكذا يتم تجاوز أزمة الهوية الثانية إذ أن التمايز الأنوي الأول لم يكن كافياً لتحقيق نزعات ورغبات الطفل ، مما يدفعه إلى دفع عجلة النمو الأنوي إلى مستوى أرقى ، سمة ديناميكية . إذ أنه يجذب الطاقة النفسية لتحقيق تطابق الهوية البدئية مع الهوية المثالية المتمركزة على الصورة الأبوية .

يتيح هذا التجاوز الذي يتم عبر الكبت الأوديبي وإقصاء النزعة الجنسية إلى اللاشعور ، تحقيق مرحلة تهاداً فيها التزعات الغريزية وتأخذ مكانها النزعة المعرفية مدفوعة بالتأهي الأبوي والرغبة بمعرفة «سر القوة الأبوية» ومصادر الوجود» وتسمى هذه المرحلة مرحلة الكمون الجنسي أو المرحلة ما قبل التناسلية ، فخلالها ينطلق الطفل إلى إكتساب القواعد المعرفية الأساسية وأدوات ووسائل الترميز ، كما تتوسع علاقاته وتتجاوز حدود الأسرة إلى الشارع والمدرسة إلا أنها تظل متموجة على نمط الصورة الأبوية .

ولا يجب أن ننسى أن الأنا الأهل ، تمثل القيم والتحريمات وحارس الغرائز والنزعات ، هو إستبطان للقيم والموانع التي تفرضها الأسرة ومن خلالها المجتمع ، بحيث بعد مرحلة من الرقابة الخارجية تصبح هذه الرقابة ذاتية تشارك مع «الأنا المثالي» (الصورة الأبوية) في توجيه الأنا في تطوره وفي تحديد مجالات نشاطه بما يظل في حدود التطابق مع القيم والواقع والضغط، الاجتماعية ويحجب بروز الصراعات التي تعرقل هذا التطور .

3 - أزمة الهوية الثالثة

تتمحور هذه الأزمة حول فترة المراهقة التي تبدأ منذ البلوغ التناسلي وتستمر حتى بدايات الكهولة التي تتفاوت من فرد إلى آخر ومن مجتمع إلى آخر . ويعتقد الباحثون بأن السن القصوى للمراهقة تتزايد في المجتمع الحديث ويقدرونها بحدود الخامسة والعشرين ، أي عند بدء تولي الفرد لمسؤولياته الاجتماعية والمهنية . .

في هذه المرحلة تتبلور معظم البنى العصبية . وتبرز الأعراض والتظاهرات المتعلقة بها حيث أنها ، أي المرحلة ، خصبة بالنشاط النفسي الشعوري واللاشعوري يلتقي فيها فعل العوامل النفسية الداخلية والخارجية الاجتماعية .

يعيد النضج الجنسي الصراعات النفسية إلى حيز التأثير إذ أن النزعة الجنسية تستقطب من حديد شطرا كبيرا من الطاقة النفسية مما يمكنها من إعادة الأزمات القديمة إلى الحياة فتختزل المراهقة المراحل المتطوية خصوصا منها المرحلة الأوديبية وتعيد تنظيمها بما يتيح العبور إلى مرحلة النضج النفسي الكامل لذلك يكون سلوك المراهق مليئا بالتناقض يتخلله الارتباط العاطفي والتمرد والحب والكراهة والمثالية والطموح والنضج الخ . . .

أما أزمة الهوية فتمثل هنا بضرورة الانتقال من التماهي الأبوي إلى تثبيت الذات واستقلاليتها وإلى تماهيات إجتماعية متعددة ويقتضي ذلك نزع السمة المثالية عن الصورة الأبوية وإعادتها إلى واقعها الحقيقي بعد أن أنجزت مهامها المرحلية ويعني ذلك حالة انفصال جديد وحداد يترسم بفتح الطريق أمام إشباعات جديدة وتماهيات متعددة مع تكامل الذات تحقق التوازن العقلاني - العاطفي . وهذا التوازن لا يتحقق ، إلا في ظل إنجاز سوي للمراحل السابقة ، يسمح للفرد بإعادة النزعة الجنسية - النفسية المكبوتة إلى حيز الشعور ، حتى تتطابق مع النضج الفيزيولوجي ، وذلك بتجاوز التماهي الأبوي إلى إستقلالية ذاتية وتماهيات جديدة بما يتيح تعدد المواضيع الإجتماعية للرغبة وتمايزها عن الصورة الأمومية أما عندما يكون الكبت الأوديبى شديدا أو مهتزاً فإن مشاعر الذنب المفرطة الناجمة عن تثبيت الصورة الأبوية أو الأمومية تعمل على كبت النزعة الجنسية - النفسية ، وتمنع تطابقها مع النضج الفيزيولوجي وتحرفها نحو آيتين مرضيتين رئيسيتين هما الترهّد والعقلنة ، فالترهّد يتمثل في رفض جذري وإنكار للنزعات الغريزية وتحقير للمتعة . بينما تستهدف العقلنة نزع القيمة العاطفية الغريزية للنزعات النفسية الهادفة للمتعة فلا تنكرها بل تعطيتها مضموناً عقلياً ولا تتعامل معها إلا على المستوى التحريدي والفكري الفلسفي مما يسمح بالابتعاد عن تحقيقها الفعلي وإبقاء مسافة عما تمثله من خطر . قد يتمكن المراهق من تجاوز هاتين الآليتين إلا أن سيطرتها تؤديان حتماً إلى تشكّل عصابي يتظاهر بأساليب متفاوتة .

ويمثل إضطراب الصورة الجسدية لدى المراهق شكلاً من أشكال إعادة الحياة إلى المراحل القديمة إذ يستعيد ذلك أزمة الهوية الأولى التي يتمايز فيها جسد الطفل عن

جسد أمه وما يشير ذلك من أحاسيس التجزأ والتحطم . كذلك فإن المراهق يعاني من أزمة هوية جسدية ووحدة ذات بفعل عاملين أولهما التبدلات التي تطرأ على جسده والتي تشير إلى ضرورة تطابق هويته مع هذه الصورة الجسدية الجديدة ، وثانيهما وهي الأهم تتمثل في أن المراهق كان يعيش في مرحلة الكمون الجنسي إستقراراً نروغياً عريضاً يشكل نوعاً من المتعة الترجسية الذاتية ذات مستوى أدنى من التوتر تحقق صورة اندماج مع موضوع النزعة الجنسية وإكتفاء أو إشباعاً ذاتياً . ثم يهز هذا الاستمرار ويكتشف المراهق أن موضوع إشباعه الجنسي يوجد خارج ذاته في يؤدي إلى أحاسيس نجزؤ تشابه وتستعيد تلك التي كانت تتساب الرضيع عندما يكتشف انفصال مصدر إشباعه عنه . ويتظاهر ذلك بأحاسيس الغرابة وإنكار الذات والضييق الجسدي ولا شك أن مشاعر الذنب المقترنة مع ظهور علامات النضج الجنسي تعزز تلك الأحاسيس .

تلعب العوامل الاجتماعية بمختلف أبعادها الثقافية والاقتصادية والسياسية والقيمية وغيرها دوراً رئيسياً في أزمة المراهقة ، وتسمها بخصوصياتها . مثلما تلعب دورها عبر الأسرة في المراحل السابقة . إن طغوساً تقليدية كثيرة مثل القطام والختان والتي يتميز بها كل مجتمع تطبع هذه المراحل وتؤثر عليها مثلما ينطبع النمط التربوي بالظروف الاقتصادية - الاجتماعية والثقافية التي تعيشها الأسرة . أما خلال المراهقة فالتماهيات المتعددة ضرورية لمتبع المراهق سياق نضجه وهو يستمد نماذج تمهياته هذه من محيطه الثقافي الاجتماعي . مما يتطلب إنسجاماً بين هذه النماذج والتماهي الأبوي البدئي وما يحيط به من سياق تربوي . كما يتطلب أيضاً إنسجاماً بين هذه النماذج ذاتها إذ أن إنتهاءها إلى أنماط ثقافية إجتماعية متباينة ومتناقضة تخلق أزمة إختيار لدى المراهق وتجعله يتعرقل في نموه ونضجه كما أن الصراعات والأزمات الاجتماعية تحبط الضرورة المثالية التي يحتاجها المراهق في بناء تمهياته وتجعله ينحصر من النظم الاجتماعي القيمي القائم .

إن ثنائية الإندماج - التفرد التي كانت محور تطور العلاقة بين الطفل الناشيء وأمه تطل قائمه رمزياً على المستوى الاجتماعي فكل إستبطان تمهوي هو إستعادة للحالة الإندماجية الأصلية بحيث يكون السواء النفسي . الاجتماعي هو قيام توازن

ديناميكي بين نزعة الفرد النفسي ونزعة الاندماج الاجتماعي : بحيث كلما كان الضغط الاجتماعي قويا وعملت قيمه المتصلبة والقاسية على إتلاع خصوصية الفرد بنصب رقابة ومعايير على سلوكه واختياراته الشخصية ، (كما يحدث في مجتمعات تقليدية كالمجتمع العربي) كلما اشتد كبتة وتأزمه اللذين يحولان أزمة الحصر إلى تشكلات إرتكاسية عصائية سلبية أو عدوانية تحرف الطاقات النفسية عن سياقها السوي . كذلك كلما أسلم الفرد لذاته وتحلل التماسك الاجتماعي معطيا الأولوية للقيم الفردية (كما يحدث في المجتمعات الغربية) كلما شعر الفرد بالفرع واللاأمن وبتفكك هويته بفعل إهتزاز الصورة الأسومية (الاندماجية) والصورة الأبوية (الظاهرية . القيمة) . مما يؤدي إلى حالات عصائية طوعية غير متميزة تهتز فيها العلاقة بين أطراف الجهاز النفسي وآلياته (الاشعور - ما قبل الشعور . الشعور ، الأنا ، الأنا الأعلى ، الكبت النهائي) كما يدفع ذلك المراهق إلى السعي بأي ثمن إلى الحصول على الأمن الاندماجي بدخول مجموعات معاسكة ومنعاضدة سواء كانت مجموعات مراهقين عادية أم مجموعات منحرفين أم مجموعات مدمنين أم مجموعات دينية وروحانية مادامت تعرضه عن التفكك الأسروي أو الاجتماعي . . .

هكذا فإن الاضطراب العصابي وإن كانت دعائمه تتشكل باهتزاز المراحل الأولى من الحياة الطفلية إلا أنه يظل سياقاً ديناميكياً يتكامل بفعل تفاعل هذه المراحل بخصوصيتها النوعية وعبث تأثيرها الدائم مع تطور السية النفسية ، تفاعلها مع المحيط الثقافي - القيمي - الاقتصادي الاجتماعي فيشتم كظواهر مرضي بخصائصها ويتطور بتطورها بحيث تكون وبآلياته وأماطه وتاريخه التطوري وديناميكياته مرتبطة بخصائص البنية الثقافية الاجتماعية ذاتها وتاريخها الكيفي الديناميكي .

III الآليات الدفاعية العصائية :

تستهدف الآليات الدفاعية إيجاد حلول ملائمة للصراعات النفسية تجنباً لإنبلاج شحنة مفرطة من القلق والحصر فهي سياق بنيوي نفسي سوي يوحد لدى كل

الأفراد ، ويجلّد خصوصية أسلوب الفرد في تشكيل سمات وخواص شخصيته التي تمثّل نمطه في التلائم الأفضل مع محيطه وما ينعكس عن تفاعله معه من صراعات نفسية وتكون هذه الآليات لاشعورية لدى الفرد العادي .

أما لدى العصائبي فإن آليات دفاعية سوية مرنة تفشل بفعل إحتداد الصراع بين السرعات والضغط الممانعة ، ممّا يجعل هذه الآليات تتحجّر وتتصلّب سعياً إلى منع بروز الصراعات إلى حيز الشعور فتأخذ بذلك أشكالاً لا تلاؤمية ثابتة مع الذات والمحيط . كما أنها تتيج ، لتخفيف الحصر وتحت الضغط الشديد للنزعات النفسية والصراعات المكبوتة ، بروز الأعراض العصائية كحلّ وسط بشكل تطاهراً رمزياً لهذه النزعات والصراعات .

وأهم الآليات الدفاعية هي :

1 الكبت (أو الاقصاء) :

يتمثّل في إقصاء عناصر لاشعورية ، كالأفكار والإستيهامات والذكريات ، إلى اللاشعور وهي ترتبط برغبة أو نزعة . ينجم هذا الاقصاء عن عجز عن مواجهة التناقض بين نزعة داخلية وبين ما يمارسه المحيط من ضغط أو تحرّيم ممّا يدفع القلق والحصر إلى سوية تشكل خطراً على تماسك الذات فلا يمكن تجنّب ذلك إلا بدفع هذه المواقف والرغبات إلى حيز النسيان اللاشعوري . إلا أن المحتويات المكبوتة تحتفظ بشحنة طاقة تعطيها قدرة ديناميكية تتبع لها في بعض الظروف العودة إلى الحيز الشعوري سواء مباشرة أم بشكل رمزي كما يحدث في الأحلام والإستيهامات والهفوات والأخطاء اللاشعورية وكذلك بالأعراض والتظاهرات العصبية .

2 - النقل :

هو نقل رغبات ونزعات أو مشاعر وعواطف من موضوعها الأصلي الذي يكون مصدر قلق وحصر مفرطين إلى موضوع بديل يكون أقل إثارة للقلق والحصر . ويرتبط الموضوعان بسلسلة تشاركية رمزية مثلاً نقل الكره اللاشعوري للأب إلى كره المدرّس . . ويمكن أن ينال النقل أداة أو موقفاً كما في الرهابيات أو الجسد ذاته

(التحوّل المستريائي) وعلى محتويات مجردة (الأفكار الواسواسية) أو سلوكيات رمزية (السلوكيات القسرية)

3 - التماهي :

هو إتخاذ نموذج خارجي تعزى إليه صفات المثالية كعالب يسعى الفرد لاشعوريا إلى التطابق معه كالتماهي مع الصورة الأبوية والنهايات الاجتماعية . ويتم التمايز والنمو النفسيان بسلسلة من التماهيات والنهايات المضادة (إلغاء التماهي) .

4 - الاستبطان :

آلية تنشّق من التماهي وتتمثل عبر سياق إستيهامي بإدخال مواضيع أو إنفعالات ومشاعر أو خصائص وسمات وإدماجها في الذات النفسية . بحيث ينكر مصدرها الخارجي وتنسب إلى الذات .

5 - الإسقاط :

وهو الآلية المعاكس للاستبطان إذ ينسب الفرد - لاشعوريا طبعاً - إلى موضوع خارجي وصفات وسمات أو مشاعر وإنفعالات تنبع في الحقيقة من لاشعوره . إلا أنه لا يمكنه الوعي بها لأنها تثير مشاعر ذنب وتحدث حالات شديدة من الحصر والقلق ويسمع هذا الإنكار اللاشعوري والإسقاط بتخفيف هذه الحالات وهذه الآلية أساسية لدى الزوري والهدنياني كما يستخدما العصامي لتجنب «خطر» ترعاته ورغباته الباطنة فيسقط هذا الخطر إلى الخارج ثم ينقله إلى مواضيع رمزية كالمواضيع الرمائية . والإسقاط آلية شائعة في سلوك الفرد العادي .

6 - العزل :

هو عزل فكرة أو سلوك في نطاق أحد أبعادها وعن مركباتها الأخرى أو عزلها عن نواحي النشاط النفسي والسلوكي الأخرى للفرد مما يبعد خطر ارتباطها

بتزعات وإنفعالات مثيرة للحصر . تشاهد هذه الآلية في العقلنة التي ذكرناها كآلية دفاعية واسمة للمراقبة وفي الحالات الوسواسية والقسرية .

7 - الالغاء : (أو الالغاء الراجع) .

يعمل الفرد هنا على إلغاء أفكار أو نزعات وأنفعالات ورغبات أو سلوكيات برزت في حياته النفسية فيغطّيها بأفكار وسلوكيات وأنفعالات مضادة . تشاهد هذه الآلية لدى الوسواسيين القسريين والمزوسيين . كما تعتمد عليها آلية دفاعية خصوصية للمراقبة هي التزهد حيث يحلّ النفور واللامبالاة محلّ الرغبات والنزعات الغريزية .

8 - التصعيد :

آلية دفاعية تتجاوز الحدود العصابية إذ أنها تعبّر عن كبت ناجح يسمح للفرد . بتحويل جزء من طاقاته النفسية عن النزعات والرغبات الأنية واستثماره في النمو النفسي والتلاؤم الاجتماعي والإبداع . مثل ذلك كبت النزعات الأوديبية وما يتيح ذلك من انتقال الطفل في نموّه النفسي إلى إكتساب المعارف وتطوير وظائفه العقلية الترميزية وقدراته التلاؤمية .

9 - التشكّلات الارتكاسية :

وهي سلوكيات بديلة للرغبة المقصاة إلى اللاشعور وتكون معاكسة لها تماما تنشأ في بدايتها كارتكاس تلاؤمي لموقف معين في مراحل الطفولة (كأن يتعلّم السلبية أمام أبيه رغم نموّ العدوانية تجاهه في لاشعوره خوفا من العقاب) إلا أن هذا الارتكاس يتصلّب ويثبت فيصبح نمطا سلوكيا متكرّرا كلّما صادف الفرد نفس الإشارة النزوعية ويأخذ شكل التكرار الجبري (فمثلا هذا الطفل الذي ذكرناه يرتكس ارتكاسا سلبيا كلّما وجد في موقف تصعد فيه عدوانيته التي تظلّ مكبوتة في اللاشعور تجاه شخص يمثل رمزيا أبويا كالمدّرس أو رئيس العمل أو الشرطي وكلّ ما يمكن أن يمثل سلطة أو تحريما ، بحيث يصبح عاجزا عن استخدام نصّجه النفسي بما يوافق رغباته وحقوقه وعدوانيته الطبيعية وبما يلامس متطلبات الموقف الراهن) .

التظاهرات السريرية العصبية العامة

1 - اضطرابات النشاط الجنسي :

النشاط الجنسي بعد جوهري في حياة الإنسان يتطلب إكتماله نضجا نفسيا عاطفيا إنفعاليا وإسجاما بين مختلف أطراف الجهاز النفسي بينا ، خلال الاضطرابات العصبية ، قد يصبح بشكل مباشر موضوع الكف واللحم بفعل مشاعر الدنب وما ينجر عنها من تحريم وعقوبة ذاتية . كما يتأثر هذا النشاط بشكل غير مباشر بفعل عناصر القلق والتوتر والحصر التي تحدث اضطرابات فيزيولوجية ووظيفية جنسية كما تمر قل العفوية والتعبير الانفعالي اللذين يلعبان دورهما الرئيسي في السياق العلائقي الجنسي . وتظهر هذه الاضطرابات بهبوط الرغبة الجنسية وصعوبات تحقيق العمل الجنسي .

تكون الاضطرابات الجنسية ثابتة لدى العصبي إلا أنها متفاوتة في شدتها وتظاهراتها ، إذ قد تنال الرغبة والنواحي الانفعالية أو الوظيفة الجنسية ذاتها أو السلوك النفسي - الجنسي العام .

ومن الاضطرابات الجنسية الوظيفية الكثيرة المشاهدة في العصابات :

أ - العجز الجنسي (العنانة)

نادرا ما يكون كلياً بل يتظاهر غالبا بشكل جزئي وتبعاً للمواقف والحالة الذاتية . إلا أنه بتكراره يزداد شدة بالإحباط والتوتر اللذين يحدثهما . وتعتبر اضطرابات القذف قريبة من العجز الجنسي وأكثرها مشاهدة القذف المبكر بينما تندر مشاهدة القذف المتأخر أو اللاقذف .

ب - البرود الجنسي :

يشاهد بكثرة لدى النساء ويكون كلياً أو جزئياً ، مستديماً أو ظرفياً وقد يقترن بالتنشيج المهبل . وتلعب هنا ، إضافة إلى العناصر النفسية العميقة ، العوامل الثقافية والاجتماعية دوراً هاماً .

ج - الاستمناء :

لا يكون ذا دلالة عصابية إلا عندما يفضل على النشاط الجنسي الطبيعي .
عندما يقتصر التردد عليه رغم توفر هذا النشاط الجنسي وكذلك عندما يكون مقترنا
بالذنب الشديدة . . .

2 - اضطرابات السلوكيات الغذائية

تتظاهر اضطرابات السلوك الغذائي العامة بنحول أو شره وازدياد وزن
وينجمان عن عدة آليات أهمها : الكبح الغريزي ومشاعر الذنب والعقوبة الذاتية
والترجسية التظاهرية والتعويض عن الحرمان العاطفي .
كما تحدث اضطرابات سلوك غذائي نوعية واصطفائية تدخل في سياق رمزي
عاطفي أو مراقبي أو رهابي

3 - اضطرابات النوم

تحدث لدى العصابي اضطرابات نوم متنوعة منها صعوبة النوم والنوم المتقطع
والأرق ناتجة عن التوتر النفسي ومقاومة الاستسلام السلبي وعن الخوف من الموت
والخوف من الأحلام التي تعبّر عن النزعات المكبوتة المتحررة نسبيا خلال النوم أو قد
يحدث فرط نوم بشكل مهربا من الحصر ومن مواجهة الصراعات النفسية ومتطلبات
الواقع .

4 - العدوانية

لها موقع هام في الآليات والسلوكيات العصابية ، فهي غالبا مكبوتة في شكلها
الحر الأصلي ، إلا أنها تتظاهر بالمعارضة والاستثارة والتعنت والتسلط أو تأخذ شكلا
أكثر خفاءً بالأمبالاة والسخرية والتهكم ، والنقد اللاذع .

5 - الحصر والقلق

الحصر عنصر مركزي في المرضية العصابية حيث يكون كلّ التشكّل العصابي
مقاومة متفاوتة النجاح للحصر . إلا أن شحنته تكون مشتتة فيتظاهر بشكل دائم أو

إحتدادي . ويكون على مستوى نفسي أو جسدي أو مشترك .

6 - الاضطرابات المراقبة

تتمثل الاضطرابات المراقبة العصبية باهتمام مفرط بالجسد ووظائفه والقلق الصحي وتضخيم الاضطرابات التي تناله . كما يتزعج العصبي إلى تنظيم حياته بنمط مرافق من خلال الاحتياطات الصحية المفرطة والأنظمة الغذائية والطقوس المتعلقة بهما . وتشابه هذه الآلية ، الآلية الرهابية حيث يسقط القلق العائم على موضوع محدد ، كما تأخذ أحيانا اشكالا وسواسية غموضية .

أما الشكاوي الآلية الوظيفية دون اضطراب موضوعي والتي تطرأ أحيانا على العصبي (كالصداع والآلام المفصلية والظهرية الخ . . .) فقد لا تكون مراقبة ، بل تنتج عن فقدان تعويض عصبي يؤدي إلى حالة همودية مقنعة بشكل عديل للهمود .

7 - الوهن

ينجم عن فرط التوتر الذي يحدثه سوء التلاؤم الاجتماعي والصراعات النفسية الممتدة يكون صليحا في مستواه الأقصى إذاك ويتحسن خلال اليوم ويترافق بشعور بالقلق والملل . ويميز عن الحالة الهمودية التي تتصف بغياب الشكاوي الجسدية وحالة فقدان لقيمة الذات والمحيط بنفس الآن، إلا أن الوهن قد يكون عديلا للحالة الهمودية أو بداية لها عند فقدان التعويض الذي يوفره التوازن المرضي .

V - تصنيف العصابات

كان فرويد يقسم العصابات إلى نوعين : العصابات الحالية وهي عصاب الحصر (أو عصاب القلق) والوهن العصبي والعصاب المراقبي ، والنوع الثاني العصابات النفسية التي يقسمها إلى صنفين : الصنف الأول : العصابات النفسية التحولية وهي الهستيريا والعصاب الرهابي والعصاب الوسواسي القسري ،

والصنف الثاني : العصابات النفسية النرجسية التي توافق النفاسات المعروفة

وكان فرويد يعتقد أن العصابات الحالية تتظاهر بفعل عوامل واهنة خصوصا الحرمان أو سوء الإشباع الجنسي إلا أن معظم باحثي التحليل النفسي المحدثين تركوا هذا المفهوم ولم يعودوا يعتمدون عليه في تصنيفاتهم .

وتشير الأبحاث السريرية إلى صيرورة تاريخية ثقافية إجتماعية إذ تبدل وبائياتها وتظاهراتها طبقا للتبدلات البنيوية الاجتماعية فيشاهد حاليا تزايد عصابات الطبع التي تشكل أنماطا دفاعية متصلبة ، تشمل مختلف أبعاد الشخصية ولا تتركز حول نموذج عرضي محدد . كما أن المداخلات العلاجية النفسية المبكرة على اضطرابات نفسية طفلية ونحمة قد يحول التطور التفاسي أو الفصامي لهذه الاضطرابات إلى تشكلات عصابية غير متميزة أقل وحامة تمثل بُنيانا دفاعيا جديدا ، كذلك فإن الأعراض والآليات الدفاعية قد تشارك بشكل متفاوت لتؤدي إلى حالة عصابية غير نموذجية تتواجد فيها مثلا التظاهرات الهستيرية والرهابية أو تفرن فيها أعراض رهابية ووسواسية قسرية الخ

ويمكن التسليم بأن الأعراض العصابية تظاهراً يخضع لتفاعل المحيط مع الصراعات النفسية العميقة . بحيث تشكل هذه الأعراض ، بمختلف أنماطها مجموعة إتصالية ديناميكية قد تتجمد لفترة معينة حول نمط معين وقد تبدل سريعا متبعة أطوار تتعاقب فيها عدة نماذج عرضية بحيث يمكن القول بوجود « تبدلية عرضية » تشير إلى أن العرض العصابي لا يقتصر على مفهوم دلالة رمزية للصراعات اللاشعورية بل يتعلق أيضا بديناميكية هذه الصراعات وبالعوامل المحيطة وبالناظر الفيزيولوجية الجسدية . . .

أما التقسيم النموذجي للدرمي للعصابات فيشمل :

- 1 - عصاب الحصر : وهو شكل قاعدي أو بدئي يكون فيه الحصر والقلق متشربين دون موضوع محدد
- 2 - العصابات الرهابية : ينتقل فيه الحصر إلى موضوع أو موقف محددين
- 3 - العصاب الهستيري : ينتقل فيه الحصر النفسي إلى الجسد : التحول الجسدي ،

4 - العصاب الوسواسي القسري : ينقل فيه الحصر إلى سياقات فكرية نفسية
قسرية وسلوكيات متعلّقة بها .

التنادرات العصابية

أعصاب الحصر (أو عصاب القلق)

الحصر والقلق من أعراض كل الحالات العصابية ، حيث يتطهران غالبا بأزمات طرفية وبشكل هائل عرضية أو حول موقف أو موضوع أو فكرة معينة ، ويكون الحصر موجودا دائما في الخلفية النفسية على مستوى الصراعات النفسية اللاشعورية . أما تظاهره في عصاب الحصر فيكون معميا متشرا بشكل ما يسمى القلق العائم ، فيتمثل بإحساس تحفز نفسي متوتر دائم توقعا لخطر غير محدد وتوجسا يحيط بمختلف أنشطة الفرد ومشاعر لا أمن مستمرة .

أ - منشأ عصاب الحصر وإمراضيته النفسية

توجد تربة مهيئة لعصاب الحصر ، يميل البعض إلى الاعتقاد بأنها تتمثل في استعداد بنوي ، بينما يرى البعض الآخر أنها تنجم عن محيط متنج للحصر قام بتكييف الفرد في هذا الاتجاه منذ طفولته الأولى . ويلاحظ أن الأشخاص الذين يعانون من هذا الاضطراب ، ينشأون غالبا في مناخ عائلي مليء بالقلق خصوصا لدى الأم مما يخلق لدى الطفل هشاشة نفسية وشعورا بالتدك العاطفي المستمر واللا أمن .

أما التربة القلقة التي توصف أحيانا بالشخصية القلقة فتسم بحالة قلقة دائمة يكون الفرد فيها متحفزا أو متوترا دون سبب ظاهر تتناوب الهواجس حول مصيره ومصير الآخرين . كما تكثر مشاهدة التظاهرات العصبية الانباتية لديه كفرط التعرق واضطراب المقوية الوعائية المحيطية والإستارة والحساسية المفرطة .

إلا أن عصاب الحصر قد يتظاهر دون أن توجد علامات بدئية على حالة قبلة وصفية ويحدث ذلك بتأثير عوامل وأحداث خارجية كحالات الفقدان والحرمان العاطفي وإثر أمراض عضوية وبمواجهة مهام ومسؤوليات ذاتية واحتجاجية جديدة مما يعني أن حالة الحصر اللاشعورية المرافقة للصراعات النفسية المكبوتة كانت كامة تلقى تعويضا لها في بنيان دفاعي تلازمي هش لكنه فعال بشكل مؤقت . وعندما يهار هذا البنيان ينتقل الحصر إلى التظاهر العوضي كبديل عن صعود الصراعات النفسية إلى المستوى الشعوري .

ويرى « فرويد » أن الحصر ينجم عن صعود الإثارة الجنسية الجسمية دون أن يمكن استيعابها نفسيا، مما يحولها إلى حالة من الحصر والقلق اللذين ينجبان لديه إذن من استحالة التفريغ المناسب للطاقة الغريزية التي تصبح خطرا داخليا . لذلك فإنها تسقط إلى الخارج وتنقل إلى موضوع غير نوعي يصبح هو مصدر الخطر المتوقع .

إلا أن « فرويد » يعتبر عصاب الحصر ، عصابا حاليا مثل الوهن العصبي ينجم عن اضطراب رامن في صرف الطاقة الغريزية ولا يفصله بشكل واضح مع الصراعات النفسية البدئية كما لا يفسر تظاهراته الجسمية . ونحن نرى عموما أن عصاب الحصر هو غالبا حالة انتقالية بدئية محدودة التمايز تظهر في عمر مبكر عند تطابق النضج الجسدي الغريزي (الجنسي أساسا) مع نزعات ورغبات نفسية قديمة مكبوتة بشكل صراعات نفسية مما يدفعها إلى الظهور ، لكن بشكل منحرف ، كدفاعات مجسدة (تتظاهر بالاضطرابات الحصرية الجسدية) تشكل درعا دفاعيا يقطع الطريق أمام تمايز أو إمكانية تنفيذ الدفعات الغريزية الأصلية . ويزول هذا الشكل الدفاعي عند تراجع مبررات وجودها (بعد انقضاء سن النشاط الجنسي) كما يتحول عصاب الحصر إلى تناذرات عصابية أخرى أكثر تمايزا تستقطب الحصر تحت شكل تظاهرات عصابية نوعية وذلك إثر تحقيق مناورة تلاؤمية جديدة مع النزعات المكبوتة . . .

ب - الدراسة السريرية لعصاب الحصر :

تكثر مشاهدة هذا العصاب خصوصا لدى الإناث وهو يظهر في أواخر المراهقة ولدى الكهل الشاب ويأخذ أشكالا عديدة ومتباينة قد تتغلب عليها

التظاهرات النفسية - او الجسمية وهذه الأخيرة هي من أكثر دوافع مراجعة العيادة الطبية مصادفة لدى العصابي .

1 - الحالة القلقة :

تكون دائمة أو عابرة ، تتعلق شدتها ومدتها بالعوامل الحافزة المحيطة والصراعية النفسية . والحالة القلقة العصبية هي العرض النموذج لهذا العصب حيث تتمثل في توتر وتوحد وانتظار دون موضوع محدد ، فهي تعطي للأحداث الصغيرة العادية حجما مفرطا يدفع المريض إلى التردد والشكوك والمخاوف والوساوس المتعلقة به وبصحته وبمحيطه لذلك فهو مرتبط بالآخرين ، يبحث دائما عن لتطمين والأمن العاطفي ولا يمتثل العزلة والانفصال عن محيطه المعهود كما لا يمتثل التبدلات والضغوط النفسية وفقدان محيطه العاطفي مما يحدث لديه إمتدادا للحصر والقلق .

2 - هجمة الحصر الحاد :

هجمة الحصر تظاهر حاد للحصر تتشارك فيه اعراض نفسية وجسمية . تطرأ الهجمة بشكل مفاجيء ودون سبب ظاهر حيث تحدث في أي ظرف كان وكثيرا ما تفاجيء المريض خلال الليل وتوقظه من النوم . وهي تتمثل في حالة حصر عائم دون موضوع محدد . فيشعر الفرد بخطر وشيك يحدق به دون أن يحدده وتنتابه أحاسيس التفكك وضياح الواقع ويشعر بالعجز والكرب . وتنتابه مخاوف الموت والجنون . . يكون المريض شاحبا متعرقا متسرع النبض في حالة فزع وهياج أو متهالكا يرجف رعبا بانتظار الكارثة . كما يشعر بخفقات وضييق نفسي واضطرابات بصرية وهضمية ودوار الخ . . . تدوم النوبة من دقائق إلى ساعات وتنتهي بشكل مفاجيء مثلما بدأت وهي قد تكون منعزلة وحيدة أو قد تتكرر .

3 - هدائل الحصر وتظاهراته الجسمية :

كثرة المصادفة وهي :

- تظاهرات وعائية قلبية ، نوبات خفقان ، نوبات تسرع قلب ، خوارج إقباض ، الام قلبية ، نوبات إغماء .

- تظاهرات تنفسية : ضيق تنفسي ذو شكل ربوي كاذب ، فرط تهوية (تسرع تنفس) قد يؤدي إلى نوبات تشنجية ، نوبات معال عصبي .
 - تظاهرات هضمية : ثقل معدى ، تشنجات مريئية أو معدية أو معوية ، آلام تشنجية ، تشنجات مستقيمة ، نوبات فواق ، جوع أو عطش احتسادي ، قمه ، إقياء .
 - تظاهرات بولية تناسلية : آلام بطنية حوضية ، آلام مثانية ، بوال ، اضطرابات جنسية وظيفية .
 - تظاهرات عصبية وحواسية وعضلية : صداع ، آلام قطنية ، آلام هيكلية ، نوبات رجفان ، طنين بالأذنين ، نوبات دوار ، أحاسيس لاتوازن بالمشية ، حركات جلدية .
 - اضطرابات بالنوم : أرق ونوم سطحي مع نهيج ، تقطع النوم ، كوابيس ...

- وهن يتزايد خلال النهار .

وتتطلب هذه الاضطرابات الجسمية إستبعاد الاسباب العضوية .

التشخيص التفريقي لعصاب الحصر :

- 1 - عن آفات عضوية : خناق الصدر ، إحتشاء القلب ، إحتشاء رئوي نوبة ربو . صرع صدعني ، فرط درق ، دوار دهليزي ، هبوط سكر الدم ، بورفيريا ، فيوكروموسيتوم ، ... حيث قد تتظاهر هذه الآفات بما يشابه حالة حصر .
- 2 - أسام عديل جسمي للحصر لا بد من إجراء الفحوص والتحريات السريرية والمخبرية اللازمة لنفي آفة عضوية .
- 3 - يجب تفريق العصاب الحصري عن حالات القلق التي تشاهد في العصابات المكتملة أي العصاب الرهابي ، العصاب المستريائي ، العصاب السوامي - القسري .

كذلك عن الحصر الفصامي المرتبط بأحاسيس ضياع الشخصية والتفارق الانفعالي العاطفي والأفكار الهذيانة غير المنظمة المتعلقة بعدائية المحيط .

يجب أيضا تمييز حالات الكآبة والهمود القلقة والتفريق صعب ، إلا أن بعض العلامات تسمح بذلك كالعمر فالحالات الهمودية بعكس العصاب الحصري تصادف

غالباً بعد سن الخامسة والثلاثين وتشاهد سريريا أفكار ذنب وهبوط قيمة الذات كما تصادف سوابق شخصية وعائلية من نوع الهمود والإضطرابات المزاجية . في هذه الحالة لا تؤثر مضادات القلق على الأعراض الهمودية ويظل الخطر الانتحاري قائماً بينما تفيد مضادات الهمود ذات التأثير المهدئ (لاروكسيل ، سورميتيل ، لوديوميل ، ايلافيل ، Elavil, ludiomil, surmontil, Loroxyl) أما مضادات الهمود المنشطة فإن استخدامها يزيد حالة الحصر والقلق وخامة .

- يجب أيضاً تفريق العصاب الحصر عن تناذرات القطام في الإدمانات الانسجامية خصوصاً بالأفيونيات .

ج - تطوّر عصاب الحصر

تتبع هذه الحالة العصائية عدّة أشكال تطوّر تتعلّق غالباً بالتأثيرات المحيطية والآليات الدفاعية المتنايزة التي تنجم عن تفاعلها مع الصراعات النفسية اللاشعورية لدى الفرد . ويمكن القول في هذا الشأن ان نوعية استئثار الفرد كجسده في التعامل مع نزعاته الغريزية وبالتالي تبدل سلوكه الجسدي تلعب دوراً رئيسياً في نمط تطوّر عصاب الحصر .

قد يظل الشكل الحصري العام ثابتاً كنظام عصبي فيكون تطوّره غير منتظم مع أطوار مجوع وأطوار إحتداد تتعلّق غالباً بالظروف المحيطية كالضغط النفسي الاجتماعي والإرهاق والإفراط بالمواد المثيرة (تبغ ، كحول ، قهوة ...) .

وقد يترقى التطوّر إلى درجة معيقة تؤدي إلى الانعزال الاجتماعي والإنطواء أو اللجوء إلى المعالجة الدوائية الذاتية والانسجيمات المزمنة بالباربيتورات خصوصاً والإدمان الكحولي . كما أن فقدان التعويض أمام ظروف فقدان وحرمان عاطفي تؤدي إلى حالات همودية وقد تدفع خلال نوبات حصر إلى محاولات انتحارية .

تشير بعض الدراسات إلى أن ١٠٪ من المرضى يشفون بشكل كامل بعد هذه سنوات وينحسن ٧٠٪ منهم مع بقاء بعض الأعراض الخفيفة . أما العشرين بالمائة المتبقير فتظل لديهم أعراض معيقة إجتماعياً .

ويشاهد أيضاً تطوّر نوعي للعصاب الحصر الذي يكون في هذه الحالة مرحلة

أولى لتشكّل عصابي يتمركز فيه الحصر حول موضوع محدّد كالعصاب الرهابي ،
والعصاب الهسترياتي ود العصاب المراقبي .

د - معالجة العصاب الحصري

أ - معالجة الهجمة الحصرية الحادة :

يعطى المريض هنا أدوية مضادة للقلق عن الطريق العضلي (فاليوم ،
ايكوانيل) (Epuanal, Valium) والألبرازولام فعال أيضا نوعيا إلا أنه يحدث إعتيادا
ونحتملا لذلك لا يلجأ إليه ، إلا عند فشل مشتقات البنوديازين . . . ويقوم الطبيب
بدور تطمين وتهذئة كما يجب أن يبحث عن مسببة مرضية حتى يحدّد موقفه التالي
(كإحتمال هجمة نفاسية حادة ، ووجود خطر انتحاري . . .) .

ب - المعالجة العامة للعصاب الحصري :

1 - المعالجة الدوائية = تستعمل عموما المهدئات البنزوديازيبينية (Valium
(Tranxene) وقد أثبتت دراسة حديثة فعالية الإيمبرامين والفنلزين وهي مضادات
همود مهدئة (تستعمل بمقدار 50 - 75 مع ايوم) ويستعمل بعض المعالجين مثبطات
أمين أوكسيداز (Isocarboxalide iproniazide) بمقادير محدودة متزايدة . . .

2 - المعالجات النفسية = لا يجب إعتبار الأدوية إلا معالجات عرضية ومدخل
إلى المعالجة السببية والجذرية وهي متنوعة منها :

- المعالجة النفسية الداعمة : التي تطرح مشاكل المريض الحياتية اليومية
وتعمل على تطمينه ودعمه .

- المعالجة النفسية التحليلية .

- التحليل النفسي - التخديري = وذلك بتخفيف لجسم المريض ومقاومته بحقن
وريدي لبربيتورات سريعة الأثر قد تشرك بمنشط نفسي وتسمح للمريض باستخراج
صراعاته النفسية والتعبير عنها . .

- العلاجات النفسية الجماعية .

- طرائق الاسترخاء النفسي - الجسدي .

- الطرائق العلاجية التحليلية التي تستخدم الطاقة الحيوية : العلاج النفسي
الإنفعالي ، المعالجة بالطاقة الحيوية Bioenergy المعالجة بالصرخة البدئية Primal
Scream .

- المعالجات السلوكية = التي تتدخل على الأعراض وتبدل من خلال إلغائها
التوازن الداخلي والتلاؤمي العام للمريض إلى وضع أفضل ومن هذه الطرائق منهج
تثبيت الذات والمعالجة بالضبط الحيوي الراجع وهي طريقة حديثة الاكتشاف تمكن
المريض من السيطرة على آلياته الفيزيولوجية والارتكاسية وتعديل التوازن العصبي
الإنبائي بتلقي إشارات ومعلومات من أجهزة تُعطي معلومات مستمرة حول هذه
الآليات ...

11 العصاب الرهابي والحالات الرهابية

أ - مدخل عام

الرهاب حالة خوف حصري تنشأ أمام موقف أو موضوع لا يحملان في الحالة الطبيعية سمة الخطر . ينتهي الرهاب عند غياب الموقف أو الموضوع ، مما يدفع الفرد إلى العمل على تجنب الالتقاء مع الموضوع أو الموقف (سلوكيات التجنب) أو يسعى إلى أن يكون مرافقاً بشخص يثير إطمئنانه (سلوكيات التطمين) ويدرك أن مخاوفه هذه لا تعود إلى سبب منطقي .

تكثر مشاهدة الحالات الرهابية العابرة خلال النمو الطبيعي للطفل وهي لا تحمل قيمة مرضية ، ذات اعتبار ، في الغالب . كما نشاهد سمات رهابية خفيفة في الحياة اليومية ناجمة عن الإرهاق والتوتر وضغوط الحياة وخصوصيات كل فرد (كحالات التهيّب والوجل والدوار . . .) أما على المستوى المرضي النفسي فتكثر المظاهر الرهابية وهي تشابه في بعضها التجارب الطبيعية ، وتكون غالباً عابرة ومتباينة السمات حسب نوعية الاضطراب النفسي الأصلي . بينما توجد منظومة عصبية بشكل الرهاب عرضها المركزي وتظهر سريريا حسب عدة أنماط أهمها رهاب الخلاء والإحتجاز . وقد أطلق فرويد على هذا النمط العصبي تسمية « هستيريا الحصر » .

يمكن تفريق الرهابات النموذجية عن حالتين رهابيتين

- 1 الرهابات « الكاذبة » في عصاب الحصر وهي تنجم عن تثبيت الفلق العائم بشكل عابر على موضوع محدد بآلية ترابط وهي كثيرة التبدل ولا تحمل دلالة نوعية .

2 - الوسواس الرهابية : وهي تحمل صفة قسرية رغم سلوكيات التجنب كما تترافق بطقوس جبرية .

ب - الدراسة السريرية للحالات الرهابية :

تظهر الحالات الرهابية غالباً في سن الشباب وتشاهد لدى النساء أكثر من الرجال وقد تعقب تطورا عصائيا حصرى ، كما قد لا يسبق ظهورها علامات عصبية نوعية . وهي تشكل تمركزا للقلق والحصر في موضوع أو موقف محددين وهي تترافق بأعراض جسمية كالصداع والإضطرابات العصبية الإنبائية والهضمية . كما ينتظم لدى الرهابي نمط سلوكي يستهدف إستبعاد الحالة الحصرية الرهابية ويتظاهر بعدة أشكال مثل :

. - سلوكيات التجنب : حيث يحقق المريض عبرها إستعالة المواجهة مع الموقف أو الموضوع المنتج للرهاب فيعد مثلا الأشياء المثيرة للخوف أو يتهرب من المواقف والأماكن التي يتظاهر فيها رهابه .

. - يستخدم الرهابي أيضا عوامل أمن وطمأنة لمواجهة الموقف المثير للرهاب كأن يحمل معه عصا أو مظلة أو يترافق مع شخص آخر .

. - يلجأ الرهابي أيضا إلى الكحوليات والأدوية المهدئة .

أهم الأشكال الرهابية

1 - رهاب الخلاء :

أكثر الحالات الرهابية مصادقة وإعاقة لدى الكهل ، تغلب لدى المرأة وتنشأ بين الثامنة عشرة والخامسة والثلاثين . تتمثل في الخوف من الأماكن الواسعة والشوارع والمحلات العامة وقد تقترون برهابات أخرى خصوصا رهاب الإحتجاز : يصاب المريض في هذه المواقف بحالة ضيق وإنزعاج وحصر وأحاسيس دوار وخوف من الإغماء أو الموت وأحيانا أحاسيس إهتزاز الواقع وضياغ الشخصية . وتزول حالة الفزع هذه ، إثر مغادرة سبب الرهاب . ويلجأ المريض دائما إلى سلوكيات التجنب أو الطمأنة .

لا يوجد تطوّر ثابت لهذه الحالة الرهابية فهي قد تتدثر خلال أقل من سنة أو تستديم محدثة إعاقة إجتماعية وهنية شديدة وتتر غالبا بأطوار إحتداد وهجوع نسبي متعاقبة .

. تكون شخصية الرهابي من النمط الخجول السلبي والمرتبط أو من النمط الديناميكي العدواني النشط وغالبا ما تلاحظ اضطرابات جنسية لجمية وعلامات عصابية أخرى .

2 - الرهابات الإجتماعية

تظهر لدى المراهقين والشبان من الجنسين بالتساوي ، ومنها رهاب التجمّعات ورهاب الإحمرار والخوف من التحدّث أمام الآخرين ومن مراقبة الآخرين والخوف من الإمتحانات وهي رهابات موضّعة مستقرة تدفع إلى سلوكيات تهمّش تشاهد الرهابات الإجتماعية كثيرا لدى المراهق الناشئ وتكون طبيعية وعابرة إلا أنها عندما تشتد وتستقر تصبح معيقة إجتماعيا .

تشاهد هذه الرهابات لدى شخصيات قلقة وخجولة وتعبّر غالبا عن تظاهر مشاعر ذنب لا شعورية ونقص ثقة بالنفس وكبت للرغبات الغريزية والعدوانية .

3 - رهاب الأدوات الحادة

حيث لا يجرأ المريض على لمس أدوات حادة كالسكاكين والأبر والمقصات الخ ويصاب بحالة حصر شديد عند الإقتراب منها وخوف من الجروح والموت ، ومن الرهابات الأخرى .

- رهاب الأعالي . . يخشى الرهابي السقوط من الأعالي ويصاب بحصر ودوار .

رهابات الحيوانات .

- رهابات وسائل السفر (القطار ، الباخرة ، الطائرة . . .)

- رهاب الإحتجاز الذي يكون أحيانا منفصلا عن رهاب الخلاء . . .

أعراض رهابية غير نوعية للعصاب الرهابي :

وهي تظاهرات رهابية تشاهد في اضطرابات نفسية أخرى منها :

- رهابات نموذجية تحدث في تشارك بين حالات عصابية كالعصاب الهستيرائي
الرهائي والعصاب الرهائي - الوسواسي .

- رهابات النزعة القسرية :

وهي ظهور حالة حصر عندما يوجد المريض أمام أدوات أو مواقف يتاح له فيها
الاعتداء على ذاته أو على غيره كالخوف من إرتقاء أمام سيارة أو قطار والخوف من القفز
من النافذة والخوف من ضرب شخص آخر أو قتله (خوف الأم من الاعتداء على
ابنها) تكثر مشاهدة هذه هذه الحالات في العصاب الوسواسي القسري ؛ إلا أن
المريض لا ينتقل أبداً إلى الفعل (لا يتخذ مخاوفه) وهو يعي اضطرابه . أما في
هجمات الهمود الوخيم فتتجم هذه الحالات عن إتهام الذات ويكمن خطر الانتحار
ورامها .

- رهاب المرض :

كرهاب السرطان ورهاب السفيليس والخوف من أمراض القلب تشاهد لدى
الأفراد القلقين بسبب إطلاعهم على معلومات طبية أو إصابة أحد في محيطهم أو
حدوث اضطرابات صحية خفيفة لديهم . وقد تأخذ شكلاً هذيانياً في بعض
الهجمات الهمودية . وهي عرض مركزي في الحالات المراقبة العصابية والهذيانية .

- رهاب تشوه الجسد :

ليست رهابات بالمعنى الدقيق ، إذ أن المريض يفتع بصحة مخاوفه إلا أنه
يعاني حالة حصر وقلق بهذا الشأن . ويلجأ إلى الأطباء لتصحيح التشوهات
المزعومة . تشاهد هذه الرهابات خصوصاً في بدايات الفصام وتتركز أساساً حول
الوجه (الأنف ، الأذنين الخ ...)

ج - تطور العصاب الرهائي :

تتبع الرهابات حالة الحصر لدى المريض فتتخف وتشتد طبقاً للضغوط
الداخلية والمحيطية التي يعانيها . إلا أن التشكل الرهائي الذي يكون معدداً في البدء

يميل الى التعمم والتعند. حيث أن الرهاب آلية دفاعية محدودة الجدوي في مقاومة الحصر . أما التطور المديد فيتباين حسب البنية النفسية للفرد إذ قد تخف الحالة الرهابية وتراجع أو تستقر على هذا الشكل العصابي وتصح معيقة لعدة سنوات كما قد تكون طوراً مرحلياً في التطور العصابي حيث تنتقل إلى حالة عصابية حصرية أو حالة عصابية وسواسية ، قسرية أو إلى حالات مشتركة . كما تشاهد حالات همودية في السياق العصابي عند اشتداد الوطأة وانكسار المعاوضة .

د - آليات نشوء الرهابيات :

١ - النظرية التحليلية النفسية :

درس فرويد الرهابيات ، خصوصاً في حالة الطفل « هانس » الشهيرة واستنتج أنها تنجم عن آلية نقل تستهدف تثب بروز حالة صراعية . فالحصر يُنقل من المضمون الراعي المتعلق بالتناقض بين رغبة ومنعها إلى موضوع أو موقف يمثلان هذا المضمون بشكل رمزي بحيث يشكل ذلك دفاعاً ضد الحصر كما يشكل تقليداً لآلية الرغبة والمنع يرمز إلى معاقبة النزعة المقصاة

2 - النظريات السلوكية :

تعتبر الرهابيات إستجابات شرطية تنشأ في مواقف مثيرة للقلق والحر سواء عند تكرّر هذه المواقف أو عند حدوثها بشكل شديد مرة واحدة . كما يتمّ تعمم إستجابات الحصر إلى المثيرات المشابهة للمثير الأصلي . أما عملية التجنب فهي تخفف الحصر إلا أنها تمنع حدوث ميثاق إندثار الإشرائط كما يتعزز الإشرائط أحياناً بالفوائد الثانوية .

هـ - معالجات الرهابيات :

١ - المعالجات السلوكية : من أفضل المعالجات خصوصاً في الحالات الرهابية المحددة والمنعزلة وتستعمل أساليب إزالة التحسس المنهجي «لوفلي» ، والإغراق ، والتخيل الانفعالي . . . الخ . . .

2 - التنويم الطبي

3 - الإسترخاء

4 - التحليل التخديري .

5 - المعالجات النفسية الداعمة والتحليلية والتحليل النفسي الكلاسيكي .

ويعتقد بعض الباحثين أن أفضل الطرق وأنجعها هي إشراك المعالجة السلوكية مع معالجة نفسية تحليلية .

أما المعالجات الدوائية المهدئة فتوصف في الحالات الوهابية المتعددة والشديدة وتستهدف مقاومة الحصر والتهيئة للمعالجة النفسية كما تستخدم في حالات انكسار المعاوضة الهمودي

العصاب الهستريائي (أو العصاب التحوّلي)

الهستيريا مرض نفسي تاريخي يتميز بحالة إرتداد وظيفي يتحوّل فيه الصراع النفسي الى تظاهرات وأعراض جسيمة ، لا تستجيب للقوانين التشرّحية السريرية وتتناقض معها ، كما تكون متعدّدة الأساليب والأشكال بحيث يستحيل تحديد لوحة سريرية دقيقة لها .

ترتبط الهستيريا ، كتظاهر عصابي ، سواء بأشكالها أو بوبائياتها ، بعوامل ثقافية ، اجتماعية وحضارية وقيمة واقتصادية ، خصوصاً وأن أعراضها «استعراضية» تستهدف دائماً المحيط ولا تظهر إلا أمامه ، كما تستمد منه منابعها ومادتها . لذلك يلاحظ الباحثون والأطباء النفسيون تراجع التظاهرات النموذجية للعصاب الهستريائي في المجتمعات المصنّعة بينما تزايد وتظهر أشكال عصابية أخرى أما مجتمعات العالم الثالث ومنها المجتمع العربي فلا تزال الهستيريا كثيرة المصادرة متنوعة التظاهرات فيها .

أما مجال التجلّي الهستريائي فيشمل به بعض الباحثين النوبات الانفعالية العاطفية السلبية واحتدادات الغضب المسرحية وبعض الارتكاسات العدوانية المضادة للمجتمع (نوبات الاعتداء والتدمير) وحتى محلولات الانتحار والإدمانات الانسحابية .

مدخل تاريخي :

الهستيريا اضطراب معروف منذ القديم كان يعتبر مرضاً نسيئاً يقتصر على

المرأة ، يعزى منشؤه الى تبدل موضع الرحم في جسم (هيوقراط) أما «غالين» فاعتبرها مرضا عضوياً وحمياً يعود الى الحرمان الجنسي . أما في القرون الوسطى فنسبت الى السحر والتقمص الشيطاني . وفي القرن السابع عشر ظهرت نظريات حول التوضع الدماغي للأفة بينا قدم «سيد نسام» وصفا سريريا دقيقا للهستيريا .

خلال القرن التاسع عشر ظهرت نظريات المنشأ النفسي للهستيريا ودخلت في الصراع مع نظريات المنشأ العضوي توازيها النظريات المغناطيسية والطاورية (مسمر ، مشاركو ، فاريا) التي لقيت مساندة من التيارات العضوية أو النفسية . وعمل «شاركو» بأبحاثه على إثبات المنشأ العضوي للهستيريا بوجود «تلف ديناميكي» يكتف الإيحائية . إلا أن تلميذه «بابنسكي» دحض نتائج هذه الأبحاث بشكل نهائي وأثبت التناقض بين الباثولوجيا العصبية التشريحية والوظيفية وبين مظاهر الهستيريا التي ربطها بالعامل الإيحائي فاعتبر الهستيريا حالة من الإيحاء الذاتي مثل التويم وإثر ذلك انطلقت الأبحاث الديناميكية النفسية حول الهستيريا «بجانيه» و«بروير» و«فرويد» .

2 الدراسة السريرية للتظاهرات الهستيرية

أ - دراسة عامة

يتظاهر العصاب الهستيري لدى الجنسين وينسبة أعلى لدى النساء ، لدى الفرد الكهل والشاب أي خلال سن النشاط التناسلي . تستقر الهستيريا مع امتداد السن غالبا وقد تزول تظاهراتها ، الحادة خصوصا . كما أنها قد تتحول في تطورها الى تناذرات مرضية أخرى كالحالات الممودية .

ويمكن للهستيريا أن تتشارك مع حالات مرضية عضوية (كالصرع ، الكزاز ، والهستيريا الرضية : التناذر الإيحائي في الرضوض الدماغية ، هستيريا الحرب) . تنشأ الهستيريا على تربة شخصية عادية أو شخصية هستيرية غالبا . وتتسم هذه الشخصية بخصائص تظهر لدى الهستيريائي أهمها :

1 - السلوك المسرحي «الهستيرة» حيث تظهر سلوكيات وتعابير إنفعالية وعاطفية تبدو مصطنعة ولا علاقة لها بمتطلبات الموقف ولا تلائم ضرورات الاتصال المتبادل .

2 - نقص النضج : نكوص انفعالي وبالشخصية وسلوك طفولي يتناقض مع العمر والموقع الاجتماعي .

3 - الارتباط : يحتاج المستريائي الى ارتباط عاطفي سلبي والى جمهور يتبادل معه علاقة إفتان وإحباء .

4 - الطفولية : يهتم المستريائي غالباً بأشياء تافهة بأشياء تافهة يعلق عليها أهمية كبيرة ويدخل من أجلها في صراعات وانفعالات وأحزان .

5 - الضعف والتبدل الانفعاليين : يتقل المستريائي سريعاً من الضحك الى البكاء وبالعكس . ويبدى إفراطاً في الانفعال الخارجي دون تفاعل داخلي حقيقي .

6 - ممارسة الجاذبية : يحاول المستريائي بكل الوسائل فتن وجذب الآخرين ويسعى الى نيل إعجابهم ويصنع سلوكياته بطابع شهواني .

7 - العدوانية السطحية : لا يتجنب المستريائي المشاكل والصراعات بل يطلبها ويسعى اليها فهي نمط حياته وهو مشاكس يتحدى الآخرين ويستفزهم ، سعياً الى إحداث الضجيج وجلب الأبصار والاهتمام . ويكون سلوكه متسلطاً ويستعمل كل الوسائل للهيمنة والحصول على رغباته سواء بالنزوات الانفعالية أو الضجيج أو المساومة العاطفية .

في العيادة الطبية يسعى المستريائي الى جذب الطبيب واكتسابه عاطفياً ويبدى أمامه نوعاً من الدلال والسوك الطفولي ، راعياً في علاقة ذاتية أبوية معه ، تكتسي صبغة شهوانية كما يبدى ثقته ويوحى في المرحلة الأولى بتحسين أعراضه ويريد لا شعورياً من خلال ذلك ربط الطبيب عاطفياً به عبر العلاقة التحويلية إلا أن المرحلة التالية من الاتصال تبدي غالباً نكسا وهموداً ، حيث لا يتمكن المستريائي من تكييف علاقته مع الموقف الواقعي . ويتطلب ذلك أن يكون موقف الطبيب محايداً وموضوعياً يتجنب الاستجابة لتفوذ المستريائي ومساوماته العاطفية .

ب - الأحداث والتظاهرات الجسمية الاحتدادية للمستيريا

يتجلى هنا تحول الصراعات النفسية الى أعراض جسمية وسلوكية تمنع الألم النفسي عن المريض وتسمح له بتجنب معاناة الانفعالات العميقة : وتشاهد هذه

التظاهرات لدى أغلب المرضى (أكثر من نصفهم) سواء كانت معروفة أو مقترنة مع اضطرابات أخرى وتتخذ عدة أشكال متفاوتة الشدة :

1 - النوبات الهياجية الحركية الكبرى

نوبة شاركوا الكبرى : يبدأ بالصراخ وصعود «كتلة هستيرية» . رحمة إلى أعلى البطن ، ثم الاحتجرة وتستمر بحالات تصلب وارتجاجات وهياج أو جمود ، وفقدان وعي وحركات غريبة واسعة وفقد حس وشعور بالإختناق وتستمر النوبة حوالي نصف ساعة ثم تعود المريضة إلى وعيها بنوبة بكاء .
وإنما هذه حالات قصوى من هذه النوبات بشكل جماعي وبائي في الحوادث والأحداث الكبرى وفي طقوس الشعوذة والإيماء الجماعي .

2 الأشكال الصغرى :

تتمثل في نوبات الهياج مع حركة جيئة وذهاب واسهال كلامي منفعل ونوبات بكاء ونوبات عصبية نوبة عجز وتحدّد مكاني نوبات ضحك عصبية ، نوبات قواق .

3 - نوبات اللجم : الإغماءات وفقد الوعي ونوبات التخشب والفتور النومي .

جـ التظاهرات الجسمية المدينة للهستيريا

تنال هذه الاضطرابات خصوصا الأعضاء ذات الدور العلائقي والاتصالي كالجهاز الحركي والحواس وجهاز التصويت والحس ، وتكون مزمنة أو حادة خلال النوبات .

1 التناذرات الحركية :

- اضطراب المشية ووضعيات الوقوف : تحدث خصوصا لدى النساء ، كثيرا ما تسبقها هجمات حصر وقلق ودوار و رهاب خلاء (خوف من الأماكن المتسعة) أو رهاب الاحتجاز (الخوف من الأماكن المحصورة) . يصاب المريض بعجز وظيفي

عن المشي والوقوف إلا أنه يحرك أعضائه بشكل طبيعي عند التمدد . يدوم هذا الاضطراب من بضعة أسابيع الى بضعة أشهر ويميل الى النكس .

- التناذرات الشلالية : تحدث دون علامات تشير الى آفة عضلية أو عصبية . وتتظاهر بعدة أشكال تقلد تصور المريض أو التصورات الشعبية الشائعة للأمراض إلا أنها لا تتطابق مع النموذج المرضي الدقيق ولا مع البنية التشريحية العصبية فتظهر بشكل شلل أحادي أو نصفي أو رباعي أو متناظر أو تنال قسماً من أحد الأعضاء وتدوم من بضعة أسابيع الى عدة أشهر .

- التناذرات التشنجية والتقلصية : ويجب تفريقها عن التشنجات خارج الهرمية ، منها ما ينال بعض الأصابع (تشنج الكتاب) ومنها ما ينال طرفاً بكامله أو الرقبة : تشنج الإلتواء (الأجل) وقد تحدث تشنجات أو تقلصات تدوم لعدة سنوات بحيث يظل العضو المعني بنفس الوضعية .

- الحركات الشاذة : حركات رقصية ، مركات ، تقطيب وجهي ، نحنحة متكررة . . . ويميل هذه الحركات الى النكس والإزمان رغم أنها لا تكون معيقة دائماً .

2 اضطرابات التصويت :

تتمثل في فقدان الصوت الكامل واضطرابه كالإكلام الخامس أو الثاثة والجلجة أو الصوت المبحوح أو العوائي وتحدث غالباً إثر صدمة إنفعالية .

3 - الاضطرابات الحسية والحواسية :

- فقد الحس وفرط الحس : يكون فقد الحس شاملاً أو موضعياً ، سطحياً أو عميقاً ولا يتوافق مع التوزيع التشريحي الفيزيولوجي بل يتخذ كنههاً رمزياً ، أما فرط الحس فقد يتواجد مع فقد الحس ويتوضع في نقاط محددة خصوصاً أسفل البطن (النقاط الميضة) وقمة الرأس ، كما تأخذ اضطرابات الحس شكل القفاز والجورب في كثير من الحالات .

- الآلام : كثيرة للمصادقة (70% من المرضى) تؤدي الى عجز وظيفي مبالغ فيه وتدفع المريض الى مراجعة العيادات الطبية وطلب مختلف أنواع المعالجات .

ومنها الصداع والآلام الحشوية والآلام المفصلية . أما شدتها ومدتها فهي متفاوتة وتميل الى التعنيد بازدياد العمر .

- الاضطرابات الحواسية : من أكثرها مصادفة العمى الهستريائي الذي يميز به المريض يصطدم بكل ما حوله إلا أنه لا يعرض نفسه لإصابة بليغة ، كما تشاهد اضطرابات بصرية أخرى كالشفع وعشي البصر وهي أكثر مصادفة وإزمانا لدى الذكور . أما الصمم الهستريائي فيعقب الرضوض والصلدمات الانفعالية (الحروب ، الحوادث) كما يشاهد لدى الذين يعتمد عملهم على حاسة السمع .

4 الاضطرابات العصبية الانباتية :

كثيرة المشاهدة ويدعمها الاضطراب الوظيفي لهذا الجهاز الحساس لدى الهستريائي

- تشنجات العضلات الملساء والمصركات : التشنجات المرئية التي تمنع التغذية ، الإقياءات الشديدة ، التشنجات التنفسية ، التشنجات المهبلية ، السعال العصبي .

- انتفاخ البطن والحمل الهستريائي الكاذب .

- الاضطرابات الوعائية الحركية والتنظيم الحراري كمحالات الاشراد والأزرقاق والوذمة تحت الجلد والنزوف النقطية والتعرق . وبعض هذه الاضطرابات الشديدة موضوع بحث وجدل اذ يعزوها بعض المؤلفين إلى استعداد عضوي يحدد بفعل الاضطراب الهستريائي . كما يعزوها بعض آخر إلى حالات تقليد المرض .

تشاهد أحيانا أعراض ارتدادية (تجوكية) من النوع النفسي تتمثل في الجنون الهستريائي وتتظاهر مثل انفصام إلا أن المريض لا يفقد الاتصال بالعالم الخارجي بل يظل مرتبطا به (خصوصا في إظهار أعراضه) كما أنه يكون على مسافة من «هذيانه» .

د - خصوصيات وآليات الأعراض الهستريائية التحولية :

تباين الأعراض التحولية ونماذجها حسب الزمان والمكان والمحيط الجغرافي والثقافي الاجتماعي . وتظهر في بداياتها غالبا في حوالي سن الخامسة والعشرين بينا

تذكر بعد سن الخامسة والأربعين أما امتداد الأعراض ونكسها فيرتبط بشخصية الفرد ودلالة العرض وما يجنيه من «فائدة» من ورائه .

- آليات الأعراض التحولية :

يلعب الإيجاء والتقليد دوراً رئيسياً في تظاهر الأعراض التحولية المستريائية ويثبت ذلك بالإيجاء والتنويم الطي والحالات المستريائية الجماعية . أما توضع العرض فيتبع عدة عوامل فقد يتوضع في ندبة جرح أو مكان رض أو آفة قديمة كما قد يقلد آفة مرضية شاهدها المريض لدى شخص يرتبط به انفعالياً (الناهي) أو يتبع وصفاً سمعه المريض أو تقاليد شعبية وكذلك يتبع القيمة الليبيدية لبعض الأعضاء والوظائف ويأخذ بعض مواضع الجسم كمناطق استئثار شهواني حسب التطور الجنسي النفسي الطفلي . فالعرض يحمل قيمة رمزية تمثل الصراع النفسي وتعبّر عنه ما دام مكبوتاً فيؤدي إلى تخفيف الحصر الناجم عن هذا الصراع بتحويله إلى مجال جسدي مما يمثل الربح البدني بفعل استخدام الجسد في آلية الدفاع ضد الحصر والقلق من ناحية أخرى يسمح العرض بجني ربح ثانوي لما يدخله من تحويل على العلاقة مع المحيط ، يستهدف تلبية غمط من الرغبات اللاشعورية للمريض حتى وإن كان ذلك بأسلوب نكوصي لا يتلاءم مع كيان المريض وواقعه الراهن .

هـ - الأمراض النفسية والذهنية للهستيريا :

1 اضطرابات الذاكرة .

هي اضطرابات ذات منشأ نفسي منها :

- فجوات الذاكرة وحالات الوهل الإصطفائي وهي تتعلق بمراحل وذاكرات مشحونة بالإنفعالات (إحباط تسليد ، صدمات ، حرب ، حوادث) وقد ترافقها أحياناً أوهام ذاكرة وهذر (الذاكرات المقنعة) .

- الوهل الطفلي المديد : حالة قليلة للمصادفة من فقد ذاكرة أحداث الطفولة بكاملها وهي مميزة للهستيريا وشكل من أشكال الوهل الفجوي أو الجزئي تتعلق أوهام الذاكرة المقنعة هنا غالباً بأحداث جنسية مختلفة كالإغتصاب والتجارب الجنسية .

- الوهل الإحتدادي الشامل حالة نادرة تتمثل بالتشرد الوهلي .

2 - اضطرابات الوعي :

- حالات غروبية نادرة تنسم بالإندهاش والغرابة دون تخليط حقيقي .
- الحالة الثانية أو المنجانية ويحدث فيها ضياع شخصية ونشاط نفسي شبه حلمي .

- حالة ازدواج أو تعدد الشخصيات : حالة نادرة يعيش فيها المريض بشكل متعاقب ومتبادل عدة شخصيات مختلفة لكل منها سماتها وخصوصياتها ونجهل كل شخصية وجود الشخصية الأخرى .

- تناذر «غاتسر» : حيث لا يستجيب المريض لمحيطة بشكل طبيعي وتكون إجاباته الكلامية شاذة ومجانبة .

3 اضطرابات اليقظة :

- نوبات نومية وحالات فتور نومي وسبات كاذب وتخشب تدوم لأيام أو أسابيع دون أن يتغير فيها التخطيط الدماغي الكهربائي وتنتهي بنوبة تشنجية أو أهراض تراجعية وهي غالبا تدفع إلى استكشافات عصبية وجراحية لاكتشافها بالسبات .

- أطوار من السرمنة حيث يزدوج الوعي ويقوم المريض بسلوك وتمثيل أدوار وهو في حالة نوم قد تعلق بتجارب وأحداث اليقظة وتشاهد السرمنة المثقلة المقترنة بالتشرد اللاواعي وهي تحدث غالبا خلال أو إثر موقف رضي نفسي شديد .

4 اضطرابات الذكاء والملكات الذهنية :

وهي كثيرة المشاهدة حيث يعجز المريض عن الجهد الفكري ويصبح سلبي وكل محاولة لدفعه إلى النشاط الذهني تحدث لديه حالة حصر يكون هذا اللجم عابرا غالبا إلا أنه عندما يكون مديدا قد يلتبس بالتخلف العقلي ويسمى إذاك التخلف العقلي العصائي الكاذب إذ أن اختبارات الذكاء تكون طبيعية .

و- الأشكال السريرية للهستيريا وتطورها

تصادف الهستيريا لدى النساء أكثر من الرجال الذين تكون لديهم ثابتة أحادية

الأعراض بينما تكون متبدلة متعلّقة الأشكال متنوعة الأعراض لدى النساء اللواتي تتعلّق لديهن بعناصر عاطفية وجنسية وتتعلّق لدى الرجال بعناصر مهنية اجتماعية ورضية جسدية أو نفسية بالحروب والحوادث .

تتظاهر الهستيريا وتتطور بشكل حوادث تحولية منفصلة منعزلة أو متكررة متباينة التنوع والتبدل ومحدودة الإعاقة . وتتطور أحيانا أخرى بشكل مزمن يؤثر على الموقع الاجتماعي للفرد ويعيقه في وظائفه .

تتراجع الحوادث التحولية وتندر بالتقدم في السن وتأخذ محلها الشكاوي الألمية والحالات الهمودية المراقبة .

نشوء العصاب الهستريائي وتطوره السريري :

تظهر العلامات العصابية في عمر مبكر كالإيجائية والنوبات العصبية والضعف الانفعالي والسلوك المسرحي وثرأ الخيال .

كما تظهر اضطرابات غذائية في الطفولة أو المراهقة فيشاهد قمة ونحول مع اضطرابات وظيفية بالجهاز الهضمي .

وتعاني المرأة الهستريائية من برود جنسي وتشنجات مهبلية قد ترافق بالنفور من النشاط الجنسي أما لدى الرجل فقد يشاهد القذف المبكر أو العنة .

يدفع القلق والألام والوهن المريض إلى الإفراط باستهلاك الأدوية ومعاينة الأطباء .

أما الحوادث الهستريائية فقد تكون شديدة ومعيقة وتراوح من عدة أيام إلى عدة سنوات .

وتتطور الهستيريا تبعا للتطور العلائقي مع المحيط الذي يظل دائما طرفا ليس في نشوء المرض فحسب بل وفي تظاهراته واستمراره . إذ كثيرا ما يتشكل توارن بين العرض العصابي وأسرّة المريض يسمح له بجني فائدة وهمية ويغذي بقاء العرض بحيث كثيرا ما يزول العرض سريعا عندما يتبدل هذا التوازن بشكل يفقد التظاهر الهستريائي مبرّر وجوده .

3 إشكالات التشخيص والتشخيص التفريقي للهستيريا

تتميز الهستيريا بأنها «المقلد الأعظم» لجميع الأمراض لذلك لا بد من الحذر والتحرّي إذ أن الأخطاء الطبية كثيرة ووخيمة في هذا المجال خصوصا على المستوى العضوي لذلك لا بد من مراعاة بعض القواعد التي تسمح بتمييز الأعراض والتظاهرات الهستيرية عن الأعراض والآفات العضوية ومنها :

١ - السمات الخاصة للتظاهرات الهستيرية فهي لا تتوافق مع المعطيات التشريحية المعروفة وكما أنها تتطور بشكل متبدل ومتناقض بينما لا تكشف اضطرابات موضوعية بالفحص السريري . أما الاضطراب أو العجز الوظيفي فلا يكون متطابقاً مع السببية الظاهرة . كما أن الأعراض يمكن أن تنتقل بالعدوى الابداعية كما يمكن أن تزول مؤقتاً أحيانا بالانجاء .

2 - لا يجب إهمال أن الهستيريا تتواجد أحيانا مع اضطرابات عضوية أو آفات مرضية قديمة تثبت بشكل وظيفي . كما أن الهستيريائي معرض كغيره للإصابة بأي مرض أو آفة عارضة .

3 - لا يجب الاكتفاء بالتشخيص البدني للهستيريا بل يجب إجراء فحص عضوي وعصبي كامل كذلك إجراء الفحوص المنمّنة الملائمة كالاختبارات النفسية وتخطيط الدماغ الكهربائي والصور الشعاعية والاستكشافات المخبرية .

ومن الآفات العضوية الشائعة الإلتباس مع الهستيريا . الصرع الصبغي ، الأورام الدماغية ، التصلّب اللويحي وبعض الأمراض الاستقلابية كالهورفيريا وهبوط كلس الدم وهبوط السكر الدموي ونقص بوتاسيوم الدم .

التشخيص التفريقي الحدودي للهستيريا

١ - الهستيريا والآفات العضوية الدماغية :

يتقارب تعبير بعض الآفات الدماغية بشدة من الهستيريا كعقاييل بعض إصابات قاعدة الدماغ الإلتهابية والاضطرابات الحركية الانسحابية المزمنة (كتلك الناشئة عن المشبكات العصبية وهي تتأثر أيضا بالانجاء) .

كذلك يقارب الصراع النفسي الحركي الأعراض الهستيرائية الحادة (النوبية) كما أن الصرعي قد يبدى تظاهرات عصبية هستيرائية ترافق نوبته الاختلاجية .

2 - الهستيريا والاضطرابات النفسجسمية

كان الباحثون يفرقون بين التحول العضوي الهستيرائي والاضطرابات السيكوسوماتية التي تتضمن آفات عضوية ووظيفية حقيقية وموضوعية ثابتة إلا أن المؤلفين المحدثين لاحظوا تقارباً بين الشخصية الهستيرائية وبعض أنماط الشخصية السيكوسوماتية خصوصاً في الحالات الألرجائية من المنشأ النفسي .

3 - الهستيريا وهستيريا القلق أو الهستيريا الرهابية

وضعها فرويد منذ بدايات هذا القرن حيث تتأثر الهستيريا القلقية بنيريا مع الهستيريا التحكوية وهي تتمثل في مركزة شديدة للحصر حول موضوع رهابي مع تظاهرات أزمة للفرع باضطرابات سلوكية ووظيفية وعصبية انباتية حادة .

4 - الهستيريا والتقليد أو التصنع

التصنع والتقليد عمل واع ومقصود يقصد به الفاعل خداع الآخرين وجني ربح من ذلك بينما تنطلق الهستيريا من آليات لا شعورية لا يسيطر عليها الفرد . وقد تلبس الحالتان وتتقاربان أحياناً إلا أن مراقبة التطور ودراسة شخصية المريض والملاحظات المحيطة تسمح بالتمييز . .

4 - المنشأ المرضي والآليات النفسية للهستيريا

كان «جانيه» أول من قلّم تفسير ديناميكيًا نفسيًا للنشوء الهستيرائي ، فاعتبره نتاجاً لضعف التحليل والتركيب النفسيين السويين وتضيّقاً في مجال الوعي بحيث يوجد لدى المريض نزوع إلى تجزؤ الشخصية . كما أنه بفعل هبوط التوتر النفسي يميل في حالة شبه تنويمية إلى آلية نفسية تتظاهر فيها أفكار وصور ثابتة يعيشها بشدة ويحققها على جسده .

أما «فرويد» الذي درس الهستيريا بعمق مع بروير فقد توصل إلى أن الإجماع

ليس خارجيا بل يتأتى من بنية نفسية باطنة هي اللاشعور . فالتظاهرات الهستيرائية هي انبلاج رمزي لرغبات ونزعات مكبوتة تراجعت إلى اللاشعور بفعل صراعات نفسية تعود إلى الطفولة تتمحور حول الأزمة الأوديبيّة والخوف من الإخصاء كعقاب على الرغبات الجنسية . بحيث يشكل العرض الهستيرائي ، في مرحلة لاحقة ، توفيقاً بين الرغبة والتحرّيم وبين مبدأ اللذة ومبدأ الواقع . بحيث يحقق العرض الهستيرائي الرغبة بشكل مقنّع عبر آليات نفسية تشابه آليات النشوء الحلمى كالتكثيف والنقل والتبادل والتأهيلات المتعلّدة ، وعبر ذلك يتمّ تجاوز الحصر المرافق للرغبة الأصلية المقصاة . . لكن «فرويد» ظلّ حائراً أمام هذه القفزة من النفسي إلى الجسديّ وعلم آية التحوّل بأنها تحدث عندما يوجد توافق بين الاستعدادات الجسدية والصراع النفسي .

إلا أن الباحث بالتحليل النفسي «سامي علي» يفصل بين الجسد والجهاز النفسي بنظريته حول الثنائية : الجسد الواقعي والجسد الخيالي منطلقاً من إعطاء أهمية جوهرية لوظيفة الخيال والآلية الإسقاطية في الديناميكية النفسية والنفسجسمية فيرى أن الهستيرائي يستثمر طاقته النفسية في الجسد الخيالي وليس في الجسد الواقعي وذلك عبر السياق الهلسي وبالإسقاط الذي يؤدي إلى إنتاج صور جسدية مشتقة من تحارب حسية وحواسية ، بصرية خصوصاً . فينأى الاضطراب الهستيرائي من تجزؤ في الوعي ، يسميه «بروير» الحالة شبه التنويمية ، ويؤدي إلى انفصال صورة العضو المعني عن التمثّل بحيث يصبح جزءاً من تمثّل آخر يتظاهر بلغة جسدية ، إذ أن قسماً من الطاقة اللاشعورية يستثمر ويتموضع في وظيفة العضو المنفصلة عن باقي التمثّل الجسدي .

5 معالجات الهستيريا

تمثّل الأعراض الهستيرائية تحقيقاً رمزياً لرغبة مقصودة إلا أن هذه الرغبة علائقية تستهدف الآخر . لذلك فإن الطبيب يكون منذ البدء طرفاً في الشبكة الهستيرائية ممّا يتطلّب منه الدخول في موقف علاجي منذ المقابلة الأولى بأن يعي تحويله المعاكس (إرتكاساته الشخصية واللاشعورية) ولا يتصرّف بشكل ذاتي يمكن أن يدعم الأعراض أو يزيد الصراعات النفسية والعلائقية شدّة . وفي تعامله مع

الشكوى العرضية، إن هو أكد أن التظاهرات الهستيرية لا تتأني من آفات أو اضطرابات عضوية فيجب أن يشرح أن هذه الاضطرابات تنجم عن آليات أخرى ولا يروحي بأنها مجرد تصنع أو تقليد .

أما الطبيب العام فيجب أن يدرك ضرورة التوجيه السريع للهستريائي إلى الأخصائي تجنباً للمعالجات ومداخلات عضوية تزيد الحالة النفسية شدة ووخامة إضافة إلى ضررها العضوي .

كان « فرويد » و « بروير » إضافة إلى « جاتيه » أول من تعامل علاجياً مع العصاب الهستريائي بمداخل علمية منهجية حيث إستخدما التنويم الطبي في معالجة الحالات الهستيرية ورضم أن « فرويد » ترك هذه الطريقة وإنطلق إلى بناء نظرية التحليل النفسي الأكثر عمقاً في مفعوله العلاجي والإستكشاف من التنويم . إلا أن هذا الأخير لا يزال أسلوباً مستخدماً وفعالاً في العصابات الهستيرية خصوصاً عندما لا تكون الأعراض قد تثبتت بشدة وأصبحت مزمنة وعندما لا توجد دفاعات طبيعية مفرطة الصلابة . .

من الطرق العلاجية الأخرى الصدمة الانغيمينية التي تحدث انفجاراً إنفعالياً وتوصف في التظاهرات الحركية حيث تحدث إختفاءً سريعاً للأعراض .

أما التحذير التحليلي فيفيد في الهستيريا الحادة ما بعد الرضية وبعد الحروب حيث يسمح بتخفيف درجة الوعي والكبت فيتم إسترجاع الحدث الراهن وتحليله .

تفيد هذه الطرائق في تخفيف الأعراض خصوصاً بينما تعمل العلاقة العلاجية النفسية المديدة بنقل المريض من تظاهراته للرضية السطحية إلى عمق صراعاته النفسية وآليات نشوءها مما يسمح له بفهم تفصلها مع الأعراض ويدفعه إلى اختيار تدريجي لأسلوب علاجي أكثر توازناً وجدوى بالنسبة له ولغيره وبالتالي تغيير بنية شخصيته باتجاه إيجابي ولتحقيق هذا الهدف يمثل التحليل النفسي للهستريائي وشدة نكوصه العاطفي - الإنفعالي ، مما يتطلب إذاك اللجوء ، في مرحلة أولى على الأقل ، إلى علاقة علاجية نفسية أقل جذرية ، وإن كانت تحليلية لكن بأسلوب وجه لوجه ، تعمل أساساً على دعم الأنا وتعزيز مواجهتها لمهامها الراهنة .

من ناحية أخرى قد يفيد عزل المريض عن محيطه إذ أن الوسط الأسروي .

الاجتماعي قد يكون طرفاً في تظاهر الأعراض ويعززها بآستجاباته الخاطئة بحيث أن إزالة هذه الاستجابات يلغي الجلودى (النفع الثانوى) وبالتالي المبرر المباشر لوجود هذه الأعراض .

أما المقاربة الدوائية فتستخدم لإزالة حالات الحصر والقلق والمواقف الصراعية بوصف المهدئات . كما توصف مضادات الممود والمنشطات النفسية في حالات الارتكاس الممودي .

العصابات الرضية والإرتكاسية

تنشأ العصابات الإرتكاسية عند تعرض الفرد لصدمة رضية نفسية أو جسمية شديدة وتشاهد في الحروب والكوارث وكذلك في حالات الإحتداء والحوادث والصدمات النفسية .

أ - الدراسة السريرية :

تتمثل اللوحة السريرية للعصابات الإرتكاسية في :

- 1 - ليضان انفعالي : نوبات رجفان ، نوبات بكاء ، هياج غير منتظم ، هجمات عدوانية ، فرط استشارة حواسية .
- 2 - حالة ذهول وانهايار وفقدان مبادرة .
- 3 - حالة قلق وحصر وأعراض غير نوعية حسب شخصية المريض ، من النمط العصبي ، رهابة ، هستيرية ، وسواسية قسرية ، مراقبة .
- 4 - اضطرابات وظيفية : وهن ، آلام ، اضطرابات عصبية إبتائية ، صداع ..
- 5 - حالات همودية وتظاهرات هذيلة ومشابهة كالانطواء على الذات والحمول ، وهبوط اليقظة وتدنّي قيمة الذات ومشاعر اللخب والقمة والأرق .
- 6 - ظواهر تكرار :

- أفكار وسواسية وهركات ، وحركات دفاع ونوبات غضب .
- كوابيس متكررة تستعيد الحدث الرضي بهدف ضبطه واستيعابه دون جدوى

٧ - ازدياد الأعراض أمام مواقف تذكر بالحدث الرضي .

٧ - تبدلات بالشخصية : يشاهد لدى المريض حالة تكوص وآليات إسقاط وتحول حسمي ، فيصبح سلبيا مرتبطا ذا سلوك طفلي يطلب الأمن والاهتمام وذا سلوك احتجاجي ومطالب .

الاشكال السريرية والتطورية

قد لا تتجاوز الحالات الارتكاسية العصابية الأيام أو الأسابيع إلا أن العصاب الرضي قد يترسخ ويستقر بعدة أشكال :

- 1 - الوهن العصبي ما بعد الرضي : إرهاق وشكاوي مراقبة .
- 2 - المستيريا ما بعد الرضية : تكون أعراضها مشتدة ومعيقة .
- 3 - التبدل الطبيعي بشكل تكوصي واحتجاجي .

يكون الإنذار أشد في الأعمار المتقدمة حيث تستديم الأعراض الوظيفية والاضطرابات الطبيعية .

كما تشاهد حالات إفراط بالاحتجاج والمطالبة بالنعويضات وهي تنشأ عن عوامل نفسية إجتماعية وتتطلب التفهم والمعالجة على المستويين النفسي والاجرائي إذ لا تنجم كما يعتقد البعض عن محاولات تزييف وخداع . . .

ب - العوامل النشوية للعصاب الارتكاسي :

تتظاهر هنا عناصر الرض ذاته وخصائص شخصية المريض والعوامل الاجتماعية وتتمثل على المستوى النفسي في أن الفرد يواجه موقفاً يحيط وسائله الدفاعية العادية بشكل حاد يعرضه للمخطر الشديد مما يستوجب تفكيكا آنيا لهذه الآليات وبناء آليات دفاعية جديدة تأخذ شكلها تكوصياً .

أما أنواع الرض فتكون رضا نفسياً مفاجئاً وشديداً ، أو ضغوطاً نفسية وجسدية متكررة تتجاوز في النهاية طاقة تحمل الفرد . أو رضا جسدياً يحيط غالباً بمنطقة ذات أهمية ودلالة رمزية (الرأس ، اليد . . .) .

- شخصية المريض : تلعب هشاشة التوازن النفسي للفرد دوراً رئيسياً في

تشكل العصاب الرضي . إلا أنه لا يجب التقليل من شأن الرض ذاته حيث قد يتأثر أشخاص أسوياء برض معين بينما لا يتأثر به أفراد عصايون .

لذلك لا بد من ربط الحدث بالصيرورة الشخصية للفرد لفهم دلالات إرتكاسة أمام الرض الذي يتمفصل مع أحداث سابقة وآليات وصراعات شعورية ولا شعورية .

من ناحية أخرى تلعب دورها عوامل الإرهاق والاضطرابات العلائقية والتناقضات والصراعات مع المحيط ومشاعر الذنب (كوفاة زميل عمل أو رفيق بالحرب ..)

توجد أيضا عوامل محيطية قد تشجع نشوء الحالة العصابية الرضية كسلوك مفرط القلق والعناية والتعاطف حول المريض مما يسهل نكوصه الطفلي وجني الفوائد العاطفية من هذا الموقف . كذلك يؤثر موقف الطبيب عندما يضحّم الحالة المرضية أو يهمل العناصر النفسية ويقلل من شأن الأعراض مما يحدث لدى المريض ازديادا بالاضطراب ..

جـ - معالجة العصابات الارتكاسية والرضية :

يكون الإنذار أفضل بمقدار ما يكون العلاج سريعا فيجب إبعاد المريض عن الأحداث والمواقف المثيرة للارتكاس العصابي ومعالجة الأعراض مباشرة بالمهدئات ومضادات الحمود . ويعمل على تجنب الإستشفاء المديد حتى لا يحدث إرتباط ونكوص عاطفي . ويجب أن يكون التعامل الطبي مع المريض باعثا على الثقة ومطمئنا فيأخذ شكلا علاجيا نفسيا دائما مع شرح ملائم ومنسجم حول الحالة والفحوص المتعلقة بها .

أما التحليل التحذيري والتنويم الطبي فقد قدم نتائج جيدة خصوصا على مستوى عصابات الحرب والحالات المشابهة .

العصاب الوسواسي - القسري

أ - مدخل عام :

يعتبر العصاب الوسواسي النموذجي ، الشكل العصابي الأكثر اكتمالا وانتظاماً ويرى فيه عدد من الباحثين النوع الأكثر وخاصة بين العصابات ويذهب بعضهم الى اعتباره شكلاً وسيطاً بين الحالة العصابية والحالة النفسانية .

تشتق الكلمة اللاتينية الموافقة للوسواس من كلمة «المحاصرة» يعرف العصاب الوسواسي القسري بأنه حالة عصابية تنشأ فيها أفكار وتطورات واستيهامات وسواسية ونزعات قسرية تسيطر على التفكير . ويحدث ذلك في سياق شخصية واهنة نفسياً أو وسواسية ودون وجود اضطرابات نفسية دائمة من نوع آخر . كما ينشأ هذا العصاب دون أن تسبقه تظاهرات مرضية أو اضطرابات شخصية ملحوظة .

تشاهد تظاهرات وسواسية طبيعية تشدد خلال بعض أطوار نمو الطفل خصوصاً في أواخر المرحلة الشرجية (بين سن الثالثة والرابعة) ويسمىها فرويد الطور الوسواسي الانتقالي . ويلعب المحيط الأسروي بضغطه وتقاليده وعاداته وسماته النفسية الاجتماعية دوره في تطور هذه النزعات . كذلك قد تتظاهر بعض النزعات الوسواسية الخفيفة لدى الكهل عند اشتداد الأزمات ووطأة المحيط مما يتجاوز درجة تحمل الحصر بالآليات الدفاعية الأنوية العادية . أما الحالات الوسواسية القسرية المرضية فهي تتفاوت في أشكالها وشدتها فهي قد تشكل جزءاً من الآليات الدفاعية في عصاب الحصر أو العصاب الرهابي خصوصاً في أطوار عابرة مرتبطة بالوطأة

المحيطة. كما قد تنمذج وتستقر بشكل عصاب وسواسي أو قسري وصفي تتفاوت شدته ووخامته ، من أشكال وسواسية خفيفة حتى أشكال شديدة . تقارب بعض خصائص النفاس والفصام وتعيق الفرد وأنشطته المهنية والاجتماعية .

ويعتبر التصنيف الأمريكي DSMIII الحالات الوسواسية - القسرية قسماً من مظاهر اضطرابات القلق .

تعرف الوسواس بأنها أفكار متكررة تغزو التفكير ولا تخضع للإرادة ، يعتبر الفرد مضمونها أو تكرورها وسيطرتها أمراً سخيلاً وغير منطقي ويبدل جهداً لا يستبعاها دون جدوى أما السلوكية القسرية فهي سلوكيات متكررة غير ذات جدوى مطلقة ولا يمكن مقاومتها

ب - الدراسة السريرية للعصاب والحالات الوسواسية والقسرية

دراسة الحالات الوسواسية والقسرية

١ الآلية الوسواسية

تتمثل بفكرة تغزو التفكير وتعرض غالباً بعض المخاوف . تكون شاذة وغريبة ، وتأخذ شكلاً طفلياً مقلداً يحاصر الفرد فتثير لديه الحصر والانفعال رغم أنه يدرك لا منطقيتها وسخافتها . تأتي الوسواس من باطن المريض ولا علاقة لها بالأهلاس وهو يقاومها دون جدوى فينتهي بالإستسلام لها ويعمل على تخفيفها بأعمال قد تأخذ أحياناً شكل طقوس وسلوكيات قسرية تفترون بالأفكار الوسواسية . وفي كل الحالات تمر الأفكار الوسواسية بحلقة مفرغة إن تبدأ ببروز الفكرة ثم القيام بعمل ما علاقة لتخفيف ضغطها ثم الشك ثم عودة هذه الفكرة الوسواسية من جديد . . . بحيث توجد علاقة جدلية بين الشك ونزعة الكمال لدى الوسواسي . تأخذ الحالات الوسواسية وقت المريض وجهده ويمكن اعتبارها نوعاً من المتعة المازوشية الغريبة من خلال نرجسية المريض ومركزه على ذاته .

٢ - الطقوس والسلوكيات القسرية

هي سلوكيات وأعمال يقوم بها الشخص لتخفيف حالة قلق متصاعدة

ولا يستطيع الامتناع عنها . رغم أنه يدرك ما تتصف به من لا منطقية وسخف . وما تجلبه له من ضيق وعرقلة ويتم ذلك بشكل متكرر وطقسي . تكون هذه الأعمال عادة غير مؤذية ، إلا أن تكررها المستمر يعرقل أنشطة الشخص . وهو يحاول غالباً إطفاءها ويخجل منها . تكون الطقوس غالباً وسيلة يتبناها المريض بشكل شبه إرادي في البداية لتخفيف الحصر أمام موقف معين أو لاستبعاد أفكار وسواسية إلا أنها تنضم إلى السياق الوسواسي القسري بذاتها (وهي كتنكرار كلمات محددة ، قبل البدء بعمل أو العد إلى رقم معين قبل إتخاذ قرار . . . الخ . . .) أما السلوكيات القسرية فهي إما مستقلة بذاتها أو تنجم عن الأفكار الوسواسية .

3 مواضيع الوسواس والطقوس والسلوكيات القسرية :

أ - مواضيع النظافة والصحة والأمن والأخطار الخارجية : كالوسواس والطقوس المتعلقة بالأوساخ والعدوى المرية (تكرار غسل اليدين) وإغلاق الأبواب والإنارة النادرة والغاز والوسواس حول الحرائق والأدوات القاطعة والأماكن العالية .

ب - المواضيع الدينية والفلسفية والأخلاقية : كالخوف من ارتكاب المحرمات والنطق بكلمات كفر والتساؤلات الوسواسية حول وجود الله وحول مواضيع فلسفية وما وراءية والمخاوف الوسواسية من النظام والقانون .

ج - الوسواس الحسابية حيث يعيد الوسواسي حساباته عدة مرات

د - وسواس الدقة : يكون الوسواسي دقيقاً ، يسعى إلى إستكمال أعماله يبحث عن التفاصيل ولا يرضى بالنقص فيعيد من جديد ما بدأ به ويسعى إلى الترتيب والنظام المفرطين سواء تجاه ذاته أو ما يفرضه على الآخرين كما يتمسك بممتلكاته ويحصىها ويعدها ويراقبها ويجمعها . كما يكون أيضاً منظماً ومرتباً على المستوى الفكري ينظم برنامج أوقاته ويضبط مواعيده ، تناله الوسواس بشأنها ويستعيد لها باستمرار في تفكيره الذي يقسمه إلى مناطق منظمة ومنهجية بشكل آلي ، كما يسعى إلى تحليل الأفكار المجددة والتعبير عنها بدقة مفرطة حتى تصبح معقدة ومختلطة . ويعمل على السيطرة على الزمن الماضي (الذكريات) والحاضر والمستقبل ويلاحظ أنه رغم سعيه

للدقة والكمال فهو يخشى إكمال عمل ما ويسعى إلى تمديده بإعادته والبحث في تفاصيله .

هـ - الوسواس المعرفية وهي تساؤلات وشكوك وسواسية حول مظاهر الأشياء والقوانين الفيزيائية والحيوية والطبيعية (مثلا : لماذا تشرق الشمس من الغرب ؟ لماذا يعيش الإنسان على قدمين وليس على أربعة ؟ ماذا يحدث لو انتهز قانون الجاذبية الخ . . .) .

4 - النماذج الوسواسية

أ - الوسواس الرهابية

وهي أفكار وسواسية متكررة تنشأ عنها حالات رهابية ، إلا أن الخوف والحصر بظلال موجودين حتى في غياب الموقف أو الموضوع بفعل الوسواس وهي تنال خصوصاً مواضيع المرض والانسحاق والانسحاق وسلامة الجسد وتدفع إلى طقوس وسلوكيات قسرية كالحسابات والتنظيم والنظافة المفرطة وسلوكيات التجنب الشاذة .

ب - الوسواس حول السلوك القسري : رهابات النزوات القسرية

حيث تنتاب الفرد وسواس ورعب من أن يندفع رغما عنه إلى ارتكاب أعمال قسرية لا منطقية - أولا أخلاقية أو إجرامية الخ . . . مثلاً أن يقفز من النافذة أن يقتل أحداً أو ينزع ثيابه في الشارع أو يمسق بوجه أحد المارة أو ينطق بكلمات لا أخلاقية وفاحشة الخ . . . إلا أن المريض لا ينفذ أبداً هذه الأعمال بل لا يتجاوز الأمر الحالة الوسواسية وما يرافقها من حصر .

ج - الوسواس الفكرية :

كانت تسمى «جنون الشك» وهي تتمثل بأفكار وسواسية إجترارية ، لا يتمكن الفرد من التخلص منها سواء تمثلت في إستعادة تجاربه ومعارفه ومشاريعها وتقليبها على جميع الوجوه واستخراج ما تخفيه من نواقص وأخطاء وعيوب وإعادة

تفكيكها وتركيبها دون نهاية أو تكون الأفكار الوسواسية نوعية متعلقة بأحد المواضيع التي ذكرناه سابقاً والتي تأخذ أحياناً شكلها شاذاً وغريباً . وتكون هذه الأفكار مترافقة بالقلق والتوتر وتدفح إلى مختلف الطقوس والمناورات للتخلص منها دون جدوى .

5 - أنواع الطقوس والسلوكيات القسرية :

تستهدف الطقوس إستبعاد بعض الأفكار والمخاوف والرهابات أو تعبر عن النمط السلوكي الوسواسي المتصلب منها طقوس ذهنية كترديد بعض الكلمات أو العبارات أو الأرقام أو الخيالات وقد تصل إلى مناورات فكرية معقدة كإجراء عمليات حسابية معقدة والإعتماد على نوع نتائجها لاستبعاد المخاوف أو اتخاذ القرار الخ . . . ومنها طقوس سلوكية كغسل اليدين عشر مرات متتالية أو القيام يومياً بسلسلة من الأعمال المعينة قبل البدء بالنشاط العادي . . . كما تشاهد طقوس القيام من النوم وطقوس ارتداء الثياب وقد تأخذ وقتاً طويلاً يصل إلى ساعات .

أما السلوكيات والانشطة الفكرية القسرية فقد ترتبط بالوسواس أو تكون مستقلة عنها ومنها : إجراء نفس العمليات الحسابية المستمرة يومياً أو عدّ الأشجار على الطريق أو التأكد من إغلاق الأبواب والنوافذ وتفتيش المنزل كل ليلة أو جمع الثياب البالية أو قصاصات الورق الخ . . .

2 - العصاب الوسواسي القسري -

تتفاوت الأعراض السابقة في شدتها ولا تكفي لتشخيص الحالة العصابية ، حيث تشاهد أيضاً لدى الشخصيات الوسواسية والواهنة نفسياً وفي الطبع الشرطي .

أما في الحالة العصابية فإن الوسواس الفكرية والشك المرضي تأخذ شكلاً تجريدياً وتسيطر مع اللجم عندما تتطور على شخصية واهنة نفسية . بينما تسيطر السلوكيات القسرية في العصاب الناشيء على طبع شرطي . وتشاهد إضافة إلى الحالات الوسواسية والقسرية أعراض وهن ، وحصر وقلق وهمود واضطرابات طبع وتصلب طبعي . وهي متفاوتة من حالة إلى أخرى . كما تتفاوت درجة الإعاقة المهنية

الاجتماعية فيميز العصاب الخفيف والجزئي والشديد . يُشاهد هذا العصاب في أعمار مختلفة إلا أنه يظهر خصوصاً في سن الشباب وهو أقل مصادفة من الحالات العصابية الأخرى وأشكاله هي :

١ - الشكل الكلاسيكي : يبدأ خلال المراهقة يكون تطوره متفاوتاً ويميل إلى التحسن ويكون التلاؤم الاجتماعي مقبولاً .

٢ - الأشكال الوخيمة وهي معيقة مهناً واجتماعياً .

٣ - الأشكال ذات الهجوم المتعدد .

٤ - الأشكال ذات البدء المتأخر : في حوالي من الخمسين .

٥ - الأشكال ذات إنكسار المعاوضة النفسي : حيث تنتقل حالة وسواسية - قسرية إلى حالة هذيانة تقاسية . ومن المعروف أن الفصام يبدأ أحياناً بشكل وسواسي - قسري . كذلك يمكن أن يتبدل التطور الفصامي لدى صغار السن تحت المعالجة إلى شكل وسواسي - قسري .

٦ - الأشكال ذات إنكسار المعاوضة الحمودي .

٧ - الأشكال الوسواسية القسرية الطفلية : يمكن أن تتحسن عفواً أو بالمعالجة .

ج - الشخصيات الوسواسية - القسرية :

١ - الشخصية الوسواسية بالخاصة (النموذجية)

يقدم التصنيف الأمريكي DSMIII خمس خصائص رئيسية للشخصية الوسواسية :

أ - صعوبة التعبير العفوي عن الإثفالات والبرود العاطفي .

ب - المثالية وطلب الكمال .

ج - مطالبة الآخرين بالتفكير بنفس النمط والتصلب السلوكي العلائقي .

د - الاهتمام بالعمل والأنشطة الجدّية على حساب للمتعة والتسلية .

هـ - التردد .

تمثل الآليات الدفاعية لدى الوسواسي في التشكلات الارتكاسية التي

تتظاهر في هوس النظافة والنظام والترتيب معاكسة رغباته اللاشعورية الأصلية بالفوضى والأوساخ .

(2) - العزل : فهو يفصل ويعزل عناصر حياته ويقسمها إلى مواقع ذهنية وعاطفية ، فيفصل بين الذكاء والتفكير وبين الإفعال والعاطفة ويسيطر عليه التفكير المنطقي بحيث لا تظهر الإفعالات إلا نادرا وبشكل خاد إنفعالي يبيما يبدو عادة بارداً وخالياً من الإفعالات . وكذلك من الرغبات العاطفية . ؛

(3) - النقل : تكون النزعات الغريزية مكبوحة بحيث تنقل الرغبة والمتعة إلى الطقوس والوساوس ، فيحمل التفكير صبغة شهوانية في ذاته . .

(4) - الالغاء : يعود الوسواسي دائماً إلى البداية في تفكيره وأعماله ويجد متعة في التكرار إلا أن هذا المتعة تحمل صبغة مازوشية وتتسم بالمعاناة والحصر من المرافقين .

يعطي الوسواسي للتفكير الدرجة الأولى من الأهمية في حياته ، فيستغرق في الدقة المنطقية والتحليل والتركيب الفكريين ويعزو للفكر قوة وسلطة مطلقتين إلا أنه ينزع ألبها إلى التفكير السحري والتطير فيستخدم بعض الطقوس كتلك المتعلقة بالعدّ والأرقام وترديد عبارات أو أعمال ، لاستبعاد مخاوف أو وساوس أو توقعات معينة .

يكون تفكير الوسواسي ومنهجه المنطقي معقدين حيث يسعى إلى الإحاطة بأدق التفاصيل . ويحاول تجنب أقل ثغرة في سياقه الفكري ، بحيث كثيراً ما ينتهي إلى الضياع في الشبكة الفكرية المعقدة التي نسجها هو ذاته .

أما علاقاته مع الآخرين فهي شكلية ، باردة ومهذبة ، كثيراً ما يكون شديد الارتباط بشخص من محيطه (أمه . زوجته . . .) فتتخذ علاقاته شكلاً سادياً - مازوشياً .

يوجد نوعان من الوسواسيين :

١ - الوسواسي السلبي .

٢ - الوسواسي النشط : يعمل غالباً كالآله وكثيراً ما يكون فعالاً في عمله المفرط الدقة ، شديد التأثير والاهتمام بالمنافسة ، كما يتسم غالباً بعدائية باردة وتشاهد لديه

نوبات عدوانية حادة دون أن يعبر إلى الفعل ، وهي قليلة الحدوث .

2 - الشخصية الواهنة نفسيا :

تتسم بهبوط الطاقة النفسية والإحساس العميق بالوهن ، وبالشكوك والهواجس والاجترارات الفكرية والتردد والتغير المستمر للمخططات والمشاريع وترتيب الأعمال وتصنيفها .

3 - الطبع الشرطي

يتسم بالنظام والاقتصاد والتعنت . يكون الفرد المتسم بهذا الطبع مقترأ ، شديد البخل ، إلا أنه يندفع أحيانا ونادرا إلى مصاريف مفاجئة وغير متوقعة ، أما تعنته فهو عناد وعدوانية ومقاومة مطلقة للتأثر بالآخرين وآرائهم .

د - التشخيص التفريقي والعلاقة مع اضطرابات نفسية أخرى

تشاهد الوسواس والتزعات القسرية بشكل عابر ، أحيانا لدى شخصيات مرضية (كالشخصية القلقة ، الشخصية الحلودية ، الشخصية السيكوباتية) وفي حالات عصابية أخرى كالعصاب الرهابي وعصاب الحصر .

- يوجد اختلاف بنيوي بين الهستيريا والعصاب الوسواسي إلا أن أعراضا وسواسية تشتد بتميز هستيريائي يلعب فيه المحيط الدور الأساسي بفعل ما يجلبه من ربح ثانوي مما يتحسن بفصل المريض عن محيطه .

- توجد علاقة بين الحالة الوسواسية والهمود القلق حيث قد تنشأ هذه الحالة خلال طور همود بأعراض خفيفة تشتد تدريجيا بحيث تبدو اختلاطا للحالة الهمودية مما يشاهد خصوصا لدى الأطفال والمراهقين وتكون مضادات الهمود فعالة في هذه الحالات .

- العلاقة مع النفاسات : تشاهد حالات وسواسية - قسرية وخيمة تعتبر حالات نفساسية . كما تشاهد حالات شبه وسواسية في النفاس .

- تلاحظ سمات مشتركة بين الطبع الوسواسي والطبع الزوري كالتصلب

والتعنت والبرود العاطفي - الإنفاعي ، ويصادف مرييا أن تتحول حالة وسواسية إلى حالة زورية .

هـ - النظريات السسية والأمراضية النفسية للحالات الوسواسية والقسرية :

النظرية التحليلية النفسية .

تنشأ الحالة الوسواسية - القسرية من تثبيت على المرحلة السادية - الشرجية من التطور عندما تكون تربية الطفل قاسية وتفرض عليه النظافة وال ضبط الشرجي قبل أن يكون مؤهلا لذلك بشكل طبيعي ، مما يحدث اضطرابا وإجهادا للنزعات العدوانية التي تنمو عادة في هذه المرحلة ، كما يحدث تثبيت شهواني رمزي على الناحية الشرجية وما تمثله على المستوى النفسي . بحيث عندما يقبل الطفل على المرحلة الأوديبية تكون نزعه العدوانية والتدميرية المكبوتة شديدة تستقطب النزعات الشهوانية ولا تسمح له بمواجهة هذه المرحلة بشكل متوازن (يمكن من حلها إثر احتداد العدوانية تجاه الأب بالنهاي معه ! واستبطان الصورة الأبوية) فينكس الأنا أمام ضغط هذه النزعات جزئيا إلى المرحلة السادية - الشرجية ويواصل نموه على أساسها أي دون أن يدمج القيمة الشهوانية التناسلية للمرحلة الأوديبية ودون أن يستوعب العلاقة للثلة ، فينكر الطبيعة الشهوانية لنزعاته المكبوتة التي تأخذ طابعا عدوانيا يبدو أشد خطرا من النزعات الجنسية . مما يحمل على غمونا أعلى متصلا وساديا ، يتسلط على الأنا الذي يستعمل آليات دفاعية لا تجدي إلا قليلا كالتشكلات الارتكاسية والعزل والإلغاء

العوامل البيئية :

يرى الباحثون وجود عوامل ثقافية إجتماعية تلعب دورا في نمو الحالات الوسواسية بالطقوس والعادات والتقاليد التي تفرضها . كذلك توجد أسر وسواسية ، فسلوك المحيط الأسروي يجلد غمونا النزعات الوسواسية ، فعندما يكون المناخ الأسروي متحررا ومتسامحا ومتفتحاً يتيح للطفل التعبير عن وساوسه النامية ،

دون أن يزيد تعزيزها بعوامل الضبط والحصر فإن هذه الوسواس والطقوس تتراجع عفوياً ، أما عندما تكون الأسرة متصلبة وصارمة في تعاملها فإن الطفل ترتكس بالمزيد من التمسك بوساوسه وطقوسه والمزيد من المطالب التي يغطي بها تعاقم حصره وقلقه وخصوصاً بما يئليه بعض الأهل من غيظ وعدوانية تجاه سلوك طفلي من هذا النوع .

المنشأ الهمودي :

يثبت المنشأ الهمودي في بعض العصابات الوسواسية التي تتشكل في ظروف مثيرة للوسواس وتتدعم بشكل إشراطي خلال مرحلة همودية .
أما العوامل البيولوجية والإرثية ، فلم تتمكن الأبحاث من كشف ما يدل على وجودها .

١- معالجات الحالات الوسواسية والقسرية

تختلف المعالجة حسبها إذا تعلق الأمر بشخصية وسواسية أو بعصاب وسواسي - قسري .

من العوامل المحسنة لهذه الاضطرابات توفير الراحة النفسية للمريض واستبعاد الظروف المحيطة الضاغطة والمثيرة للوسواس والرضوخ النفسية والغاء التوتر الانفعالي الذي تحدثه بعض شروط الحياة .

تستعمل الأدوية حسب متطلبات الحالة حيث تفيد المهدئات البنزوديازيبينية في الحالات القلقة (فاليوم 15-20 مغ/يوم) وتوصف مضادات الهمود خصوصاً في الحالات الوسواسية الهمودية وعند إنكسار المعاوضة العصابي توصف أيضاً مقادير خفيفة من المثبطات العصبية (5-25 Nozinan مغ/يوم . . .) يمكن اللجوء في التناثرات الوسواسية الوخيمة إلى الصدمة الكهربائية التي تخفف الوسواس والقلق وقد يضطر الأمر في حالات نادرة شديدة إلى الجراحة العصبية بتخثير مناطق معينة في القصر الجبهي مما يلغي تأثير الوسواس ويزيل الحصر والقلق . . .

- التحليل النفسي الكلاسيكي يفيد خصوصاً في الشخصيات الوسواسية حيث يزيل التصليب الأتوي ويحيي التعبير عن العدوانية والاستيهامات كما يحرر الإنفعالات والتعبير العاطفي ويخفف مشاعر الذنب . أما في العصاب الوسواسي القسري فإن نتائجه أقل إيجابية . ويفضل في هذه الحالة علاج نفسي تحليلي أقل راديكالية ومواجهة خصوصاً في الحالات الوخيمة والأعمار المتقدمة . . .

- المعالجات السلوكية .

يُستهدف الأعراس الوسواسية والقسرية حسب برنامج علاجي يتم التعاقد عليه بين الطبيب والمراجع ، وتستخدم عدة أساليب من بينها :

- إزالة التحسس المنهجية .

- التحسس الباطن بالخيال الإنفعالي .

- المعالجة بالإغراق الخيالي والواقعي

- المعالجة بكف التفكير .

- المعالجات ذات الوساطة الجسدية : كالإسترخاء والتحليل النفسي الحيوي

تفيد في مقاومة التوتر وإعادة تقييم العلاقة النفسية الجسدية لدى العصابي .

الفصل

الثاني

حالات الإدمان

الإدمان الكحولي والتأثرات الكحولية

١ - مدخل عام :

تقدم منظمة الصحة العالمية تعريفا للإدمان الكحولي يقول : « الكحوليون أفراد يستهلكون الكحول بإفراط ، ويصل ارتباطهم به درجة يحدث لديهم اضطرابا نفسيا عقليا واضحا أو مظاهرات عصبية صحتهم الجسمية أو الذهنية وعلاقاتهم وسلوكياتهم الاجتماعية والاقتصادية أو ما ينشأ عنه الاضطرابات ويتطلبون المعالجة » .

فالعنصر الارتباط المرضي هو العنصر الجوهري للكحولية ، حيث يفقد المريض حرية الاختيار أمام الكحول وقدرة الإمتناع عنه . ويتمثل فقدان الحرية تجاه الكحول بمظهرين هما : ١ - فقدان الانضباط الذي يميز الشارب القهري إذ لا يمكنه التوقف عن الشرب حتى فقدان الوعي أو انتهاء كمية الكحول . وتتقاصر هنا فترات الصيام عن الكحول كما أن الارتباط النفس يتحول تدريجيا إلى ارتباط جسمي .

2 - إستحالة الصيام : يتمكن المريض من تحديد كميات شربه إلا أنه لا يمكنه أن يتوقف يوما واحدا عن الشرب ، إذ يظهر إذاك تشاغر المزاج أو الصيام (قلق إستشارة ، رجفانات ، غثيان) .

يتباين تحمل الكحول من فرد لآخر حسب العمر والجنس والخصائص العضوية والإستعدادات الإرثية والعادات الغذائية والحالة النفسية والصحية العامة والتعود على الكحول . ولا يمكن تحديد المقادير التي تؤدي إلى الإدمان الفعلي إذا أنها متباينة جدا .

2 الآليات الإمراضية وسببية الإدمان الكحولي :

تعتبر الكحولية ظاهرة متعددة العوامل وأهمها :

١ - العوامل الثقافية والاقتصادية الإجتماعية :

يكثر الإدمان الكحولي لدى الطبقات والفئات الإجتماعية الفقيرة والمسحوقة وعند شيوع البطالة والأزمات الإجتماعية ولدى الأوساط المهاجرة التي تعاني استلابا ثقافيا واقتصاديا . وكذلك في المناطق التي تسود فيها تقاليد إستهلاك المشروبات الكحولية وتكون فيها شائعة رخيصة الثمن ومنها الاتحاد السوفياتي حيث أشارت إحصائية حديثة (أواخر 1984) إلى وجود أربعين مليون مواطن يستهلكون الكحول بإفراط (أكثر من 150 مل كحول صافي يوميا) أما في فرنسا فإنهم يزيدون على 10% من مجموع السكان .

ومن العوامل الأخرى الإضطرابات العلائقية والأزمات العائلية .

2 - العوامل والآليات النفسية

- يكثر الإدمان الكحولي لدى الشخصيات المرضية (دون شخصية كحولية محدّدة) من النوع الذي يتسم بالضعف والارتباط وعدم تحمل الحرمان والشعور بالألم . وتشاهد نزعات عدوانية ذاتية ونزوية وتكون السمات القمية (التثبيت إلى المرحلة الطفلية القمية) وللازوشية البدئية ظاهرة .

3 - الدراسة السريرية للحالات الكحولية :

أ - دراسة عامة للكحولية : أشكال الاستهلاك والأعراض العامة :

١ - حالات تحت الإدمان الشائعة :

تحدث في مناطق الإستهلاك الكحولي الشائع وتنال مثلاً في فرنسا ما يقارب نصف الذكور وعشر الإناث . تتصف بإستهلاك يومي لمشروبات كحولية خفيفة نادراً ما يتخللها سكر ولا تنجم عنها مشاعر ذنب بل هي تقليد أسروي تتطور خلال عشرين إلى أربعين عاماً إلى إحتلاطات عضوية كبدية وعصبية وإضطرابات نفسية وتطور نحو الإدمان ، وذلك إذا لم يتم تخفيف المقادير في أواخر الكهولة .

2 - العصابات الكحولية

تقارب في فرنسا 45% من حالات الذكور و 85% من حالات الإناث تتميز بتفضيل المشروبات القوية والإستهلاك المتقطع الحفي والمنعزل يصل إلى حد السكر . يترافق بمشاعر الذنب والرغبة في مقاومة الشرب . تستند إلى عناصر مرضية عصبية وتترافق بأضطرابات علائقية وجنسية ، وتؤدي على المدى الطويل إلى إحتداد الإضطرابات النفسية .

3 - هوس الشرب

وهو نزعة قهرية دورية إلى إستهلاك مقادير هائلة من المشروبات الكحولية تدوم النوبة عادة لعدة أيام وتنتهي بحالة سكر مباتي . تبدأ بعد سن الثلاثين وتشمل

٥% من حالات الكحولية لدى الذكور و 15% لدى الإناث . وقد تتطور نحو الإدمان . ويرى بعض الباحثين أنها قد تكون عديلاً للنفاس الهوسي الهمودي .

4 - الكحولية العرضية :

يجب مقاربتها بأسلوب مختلف عن الأشكال الأخرى فالارتباط هنا نفسي بحثٌ يستهدف تخفيف الآلام النفسية أو الجسمية . تكثر مشاهداتها في الإضطرابات النفسية العضائية والنفاسية (حالات الحصر ، الرهابات ، انفصام ، النفاس الهوسي الهمودي الإصابات الدماغية العضوية ، السيكونياتيا) ، وعندما تتحسن الإضطرابات النفسية يتراجع الإستهلاك الكحولي ، إلا أنه قد يتطور أحياناً إلى الإدمان .

الأعراض والعلامات العامة للإسهم الكحولي :

- وجه محترق ولامع ، توسع الأوعية الشعرية على الوجنتين والأنف ، رائحة خاصة للنفس تعرق ، رجفانات .
- إضطرابات كبدية وعصبية مركزية وإنباتية ، وقلبية دورانية .
- تبدلات وإضطرابات نفسية : إضطراب الطبع (عصبية إستثارة ، تبدلات مزاجية سريعة ، إنتهاء نحو الرية والشكوك ، ضعف بالإرادة) إضطرابات عاطفية (مركزية أنوبة ، تدني الشعور بالمسؤولية وحس الضمير ، عدائية ومشاعر ذنب) إضطرابات عقلية وإضطرابات ذاكرة .

خصائص حالة السكر الحاد

تمرّ حالة السكر الحاد بمراحل متعاقبة هي :

- 1- مرحلة إثارة فكرية ذهنية وحركية وغريزية إنفعالية ، تتميز بحالة مرح وبهجة وثرثرة كلامية وإثارة جنسية وقد تحمل محلها أحياناً حالة ذات مظهر همودي .

- 2- مرحلة مضطربة : يفقد فيها الفرد السيطرة على توازنه الحركي فينتشر وتختل مشيته ويضطرب إنسجام حركاته . كما يتلعثم في كلامه وتضطرب أحكامه وإدراكه للمحيط كما تحدث لديه إضطرابات مزاجية وتنقص عتبة إستجابته الحسية كما تظهر لديه أشكال شبه هذيانية تركز على الأوهام الحسية وإضطراب الإدراك .
- 3- مرحلة نوم مباتي تتلنى فيها للانعكسات الوترية . ويحدث خدر حسي وفقدان الضبط العفوي (إرتحاء المصبرات) وتنفس غطيبي .

ب التناذرات الكحولية

1- حالات السكر المرضي :

تأخذ حالات السكر المرضي عدة أشكال أهمها :

- الأشكال الهياجية الحركية :

تتميز بحالة من الهياج الحركي الشديد والانفعال والغضب اللذين يدلان إلى ارتكاب أعمال التدمير والعدوان التي قد تصل حتى القتل .

- الأشكال الملسية :

تكون غالباً أهلاًساً بصرية ترافقها أوهام متنوعة (حسية ، لمسية ،) وكثيراً ما يخجل للفرد وجود حشرات كالعناكب والصراصير والخنافس وثعابين وعقارب إلخ تسرح حوله وتزحف على جسده

- الأشكال الهذيانية :

تتمحور مظاهرها حول مواضيع كالغيرة ، والعظمة والتعقب تخيل حالات السكر المرضي إلى التكرّر على نفس الشاكلة لدى نفس المريض .

السلوك الطبي تجاه حالات السكر المرضي :

يجب إبقاء هذه الحالات بالمستشفى وعزلها مع فرض مراقبة دقيقة مع الصيام

عن الكحوليات وإعطاء معالجة مهدئة عن طريق الوريد .

2- الهذيان الارتعاشي

وهو هذيان حلقي يتميز بأهلاس بصرية خصوصاً تكون مرعبة وتشمل أشخاصاً وحيوانات وأدوات ذات هياكل خفيفة تهدد المريض أو تحاول الاعتداء عليه تضاف إلى ذلك الأهلاس السمعية واللمسية والشمية والذوقية يعيش المريض هذيانه كحلم ويتفاعل معه بحركاته وأعماله فيدافع عن نفسه ويهرب ويتكلم ويصرخ ويتراق هذا الهذيان بـ :

- قلق واحتياج

- ضياع زمني - مكاني

- إندهاش

- علامات عصبية : رجفانات ، اضطرابات التوازن ، اضطرابات الكلام

- تضطرب الحالة العامة ويحدث تعرق غزير وارتفاع بالحرارة

(39- 40 درجة) وتجنّف .

ينشأ الهذيان الارتعاشي لدى كحولي مزمن وإثر الفطام عن الشرب ، أو إثنان

طارئ .

الاجراءات الاسعافية والعلاجية للهذيان الارتعاشي :

- يجب إدخال المريض فوراً إلى المستشفى وعزله في غرفة منارة باستمرار مع تغطية جيدة لكن دون حصر .

- إعادة إمامة المريض بشكل كثيف لمقاومة التجنّف الذي هو عنصر رئيسي في الهذيان الارتعاشي .

- إعطاء معالجة دوائية مركنة رئيسية

- المعالجة بالفيتامينات والمضادات الحيوية

- معالجة الآفة العضوية المشاركة في حال وجودها .

3- اهذيان الكحولي تحت الحاد .

يُعتبر شكلاً مخففاً من الهذيان الارتعاشي يحدث في سياق إنسجام كحولي مزمن . ففي المرحلة الأولى من الإزمان الكحولي تشاهد العلامات الفيزيائية المذكورة سابقاً والاضطرابات النفسية المتضمنة اضطرابات سلوكية كالإستثارة وفرط الانفعال والأفكار المراقية وتدني الملكات الذهنية التي تتباطؤ ويحدث هبوط في التركيز ومردود النشاط الفكري إضافة إلى اضطرابات الذاكرة أما الاضطرابات العاطفية فتتجلى بطفولية العاطفة وهشاشتها وفرط الحساسية والغيرة والعناد والتسلط .

أما الهذيان الكحولي تحت الحاد فهو يتكامل خلال أيام وينشأ إثر آفة أو رض عضوي أو نفسي أو إنسجام زائد ويتظاهر بما يلي :

- إحتياج قلق يمتد خلال الليل ويتراق بأرق معتد .
- إشتداد علامات الإزمان الكحولي : فيشتد الرجفان والاضطرابات السلوك ويحدث قمه ووهن .

- يظهر هذيان حلمي يشتد مساءً ترافقه أهلاس نفسية حسية خصوصاً البصرية منها يعيشها المريض بحالة قلق وتكون مواضيع الهذيان مهنية أو عائلية (هذهان الغيرة)

- يحدث إندهاش وضياح زمني مكاني .
- ويكون إضطراب الحالة العامة محدوداً
- الإجراءات الإسعافية والعلاجية أمام الهذيان الكحولي تحت الحاد :
- يتم إبقاء المريض فوراً بالمشفى مع إعطاءه معالجة مهدئة رئيسية
- يصحح التجفف ولا يجب حصر جسم المريض .
- يجب مراقبة الحالة العامة للمريض كالحرارة والتوازن الشوادي .
- يجب البحث عن عنصر مضاف محتمل ومعالجته عند وجوده .

4 تناذر غايث - فرنيكة

هو إعتلال عصبي دماغي كثير المشاهدة لدى الكحوليين المزمنين يلعب فيه

عوز الفيتامين ب ١ (التيامين) دوراً حاسماً ويعود هذا العوز إلى نقص السارد الفيتاميني (الفقر الغدائي أو القمه) أو إلى اضطراب الإمتصاص (الالتهابات الهضمية وإضطراب النشاط الهضمي) وتمثل لوحته السريرية الأساسية في الأعراض والعلامات التالية :

- إضطرابات وعي متفاوتة (إنلهاش ، ذهول)
- إضطرابات حركية ومنها فرط مقوية معممة إحتدادية وإضطراب التوافق الحركي وحالات شلل بصري حركي ثنائية الجانب
- إضطرابات عصبية إنباتية كهبوط التوتر الشرياني وتسرع النبض
- علامات التهاب أعصاب متفاوتة كالآلام والإضطرابات الوعائية المحيطية الخ

ويشير التحري المخبري إلى فرط حمض البيروفيك بالدم

الموقف العلاجي تجاه تناذر غايت فرنيكة :

يعتبر هذا التناذر حالة إسعافية تتطلب إعطاء فورياً للتيامين (فيتامين ب ١) ويشرك أيضاً بالفيتامين ب٥ ، ولا يجب إعطاء المصل السكري الذي يزيد عوز الفيتامين ب سوءاً . تعطى الفيتامين بمقادير كبيرة (1 غرام) عن طريق الوريد وتضاف إليها البروتينات ، إذ يشاهد دائماً هبوطاً في بروتينات الدم .

أحياناً يضاف إلى هذا العوز ، عوز فيتامين ب ب PP (المؤدي إلى البلاغرا) إذاك يشاهد فرط تصلب عضلي إضافة للأعراض الأخرى وتشفى بإشراك هذا الفيتامين في المعالجة .

5- الإعتلال الدماغى البايى الأجوفى

هو إعتلال دماغى كبدي يحدث غالباً لدى كحولي مزمن مصاب بتشمع الكبد ويتظاهر بالأعراض والعلامات التالية :

- تخليط متفاوت الدرجة

- تبدلات مزاجية

- إرتجاف (باليدين واللسان) وتقلصات حزمية

- علامات تشمع الكبد : (الأم كبدية ، عنكبوت وعائى ، هبوط وزن
البح) وترتفع الأمونيا الدموية .

المعالجة عرضية ويكون الإنذار سيئاً حيث تحدث الوفاة في 50 ٪ من الحالات
خلال سنتين

6- تناذر كورساكوف

يتميز تناذر كورساكوف بما يلي من أعراض :

أ - الوهل المتلاحق وهو يتم بشكل شامل حيث ينسى المريض خلال دقائق أو
ساعات ما مر به من أحداث ومواقف وأفكار بينما تظل الذاكرة الرابعة سليمة
فيذكر المريض الأحداث القديمة كذكريات الطفولة والمعارف المدرسية . كذلك فإن
فحص الذاكرة المباشرة يكون طبعياً إذ أن وظيفة التثبيت (أو التسجيل) تظل
سليمة . ويكثر الهلر (إختلاق الأحداث والفصص) والتعرف الخاطيء لدى
المريض .

ب - كثيراً ما تتشارك إضطرابات الذاكرة بحالة قلق وإضطرابات مزاج

ج - لا توجه زمني - مكاني حيث يفقد تمييز الزمان والتاريخ وتلبس لديه
الأمكنة (ليعتقد أنه في بيته بينما هو بالمشفى) ويحدث لديه إلتباس ذاكرة فيتحدث
عن أحداث وكأنها راهنة .

د - ويتكامل النفاس الالتهابي العصبي لكورساكوف من منشأ كحول
بتشارك حالة التهاب أعصاب عديد مع الأعراض السابقة .

ويظهر تناذر كورساكوف تدريجياً أو إثر تناذر تخليطي

سببات تناذر كورساكوف :

- الإعتلال الدماغي الكحولي ، نفاس كورساكوف الإلتهابي العصبي

- تناذر كورساكوف الرضي .

- الأفات الإبتاتية .

- نقص الأكسيجين الدماغي

- الأورام الدماغية بالبطين الثالث وما تحت المهاد والحجاب الشفاف

يعالج تناذر كورساكوف بمقادير كبيرة من فيتامين ب ١ ومركب ب إلا أن الشفاء عند تكامل التناذر لا يتجاوز 25 ٪ ويشير ذلك إلى حدوث تلف عضوي دماغي في معظم الحالات .

7. التطور العتبي للإدمان الكحولي :

يؤدي الإدمان الكحولي المديد إلى ضعف المراكات العقلية تدريجياً بدءاً بالانتباه والذاكرة ثم يشمل كل أوجه النشاط الذهني ويحدث اضطراب علائقي إجتهامي يتمثل أحياناً في سلوكيات جانحة وشاذة ويحد التراجع بإزالة الانسجام عندما لا يزال عكوساً .

ويحدث أيضاً داء «ماركيا فافا بنيامي» الناجم عن تلف وتنكس دماغي وقد وصف في الفصل المخصص للعتة الفحوص المتممة المتوجب إجراؤها في الكحولية المزمنة :

- نسبة الكحول بالدم

- إستكشاف الوظائف الكدية خصوصاً 6GT

- نسبة بروتين الدم ، مزرعة التثفل

4 معالجة الإدمان الكحولي

يعتبر الإدمان الكحولي عرضاً نفسياً - إجتماعياً معقداً حيث ينجم في معظم الأحيان عن عجز تكيفي للفرد ناشيء من تفاعل الاضطرابات النفسية السبوية أو الديناميكية مع محيط غير ملائم ثقافياً إجتماعياً أو مادياً . إقتصادياً ، مما يجعل الإدمان

مهرباً من مواجهة هذه الأزمة الوجودية الشديدة . لذلك لا يكفي التعامل مع الكحولية كعرض يجب محوه بطرائق مباشرة ، بل إن مقاربة الإدمان الكحولي يجب أن تكون متكاملة تشمل مساعدة المريض على التخلص من إدمانه بطريقة ملائمة لخصائصاته والعمل على تصحيح الآثار العضوية لهذا الإدمان وكذلك البحث عن المنشأ النفسي الاجتماعي العميق لهذا العرض وإيجاد مدخل يسمح للمريض من خلال علاقة علاجية نفسية - إجتماعية من مواجهة إشكالاته النفسية والوجودية الإجتماعية بأطمئنان أكثر وفاعلية أكبر . ويمرّ العلاج أساساً بالمراحل التالية .

١ - القطام :

توجد عادة صعوبة بإقناع المريض بحاجته للمعالجة ويجب على الطبيب أن يحاول ذلك من خلال خصوصيات المريض النفسية والاجتماعية . ويفضل عزل المريض بالمستشفى في المرحلة الأولى . ويعطى المهدئات (فاليوم Valium ١٥ مغ x 14 يوم) تستمر هذه المرحلة عشرة أيام يتم خلالها تعريف المريض بإشكال الكحول ووضعها في مناخ علاجي نفسي داعم كما يحاول إيجاد توازن أفضل في محيط المريض .

2- المعالجة بالتنفير :

شكل سلوكي للمعالجة يمارس إثر فترة القطام حيث يعطى المريض مادة دوائية (ديسلفيرام Esperal) تحدث صداعاً وغثياتاً ودواراً وحسراً عند تناول الكحول لعدة مرات . مع مراقبة النبض والضغط الشرياني . ويحدث ذلك نفوراً من الكحول .

3- مرحلة ما بعد العلاج :

يجب أن ينقطع المريض تماماً عن الكحول في هذه المرحلة ويمكن مساعدته على ذلك بتناول نصف حبة يومياً من Esperal . وتوصف عند الحاجة مهدئات أو مضادات حمود لمقاومة القلق والوهن . وفي هذه المرحلة تحدد مقاربة نفسية إجتماعية للمريض تتعامل مع الدوافع الأصلية للإدمان ويمكن أن تأخذ شكل معالجة نفسية

فردية أو جماعية أو سلوكية . وتفيد أيضاً جمعيات المدمنين القدامى .
أما النتائج العامة فهي متفاوتة حسب العمر (أفضل بعد سن الأربعين)
والمحيط الأسري والاجتماعي والخصائص النفسية الفردية .

II - الإدمانات الانسجامية

أ - معطيات عامة

ترتبط الإدمانات عبر العناصر النفسية للمدمن ، بعدة عوامل وخصائص
اقتصادية إجتماعية وثقافية . لذلك فإنها تشاهد بكثرة في المجتمع الغربي الذي
تتظاهر مرضيته بشكل مختلف عن المجتمع العربي أو مجتمعات العالم الثالث
عموماً . إلا أن الإدمانات والإعتمادات الدوائية تكثر حيث لا توجد رقابة حازمة على
التعاطي الدوائي لبعض الأنواع كالأدوية النفسية ومضادات الألم

تعرف منظمة الصحة العالمية الارتباط الدوائي أو الإدمان الانسجامي ، بأنه
حالة من الانسجام المزمن أو الدوري تنشأ عن الإستهلاك المتكرر لمادة دوائية طبيعية أو
تركيبية وهي تتميز بما يلي :

1 - رغبة لا تقاوم بمواصلة إستهلاك المادة والحصول عليها بأية وسيلة كانت
حيث تستعيد هذه المادة للمدمن .

2 - النزوع التدريجي إلى رفع المقادير (أثر التحمل)

3 - يحدث إرتباط نفسي وجسمي بمفعول المادة يدك عليه حدوث تناذر الحرمان
المتظاهر بأعراض نفسية وجسمية في حالة التوقف عن تعاطي المادة .

4 - تنجم عن تعاطي المواد المحدث للإدمان آثار ضارة للفرد والمجتمع .

تعريف الإعتياد :

الأعتياد حالة أخف من الإدمان تنجم عن التعاطي للتكرّر لمادة معينة حيث

يتميز بارتباط نفسي دون ارتباط جسدي . إذ لا يحدث تناذر الحرمان النوعي عند إيقاف تعاطي المادة . ويتظاهر الإعتياد برغبة شديدة أحيانا لكنها غير قسرية باستهلاك المادة ، بفعل ما تحدثه من أحاسيس المتعة والإرتياح . لكن لا توجد نزعة خاصة إلى رفع المقادير . وقد يؤدي الإعتياد إلى آثار ضارة على الفرد لوحده .

أهم المواد المحدث للإدمان

هي مواد تؤدي إلى ارتباط جسدي ونفسي وإلى ظاهرة « التحمل » وإلى تناذر حرمان شديد . ومنها :

- الأفيون ومشتقاته من أشباه القلويدات المذهلة كالمورفين والكودئين .
- مشتقات المورفين كالهروين .
- مضادات الألم التركيبية : بيتيدين ، ميتادون ، دكستروموراميد .
- الباربيتورات .

أهم المواد المحدث للارتباط النفسي .

وهي مواد قليلة ما تحدث ارتباطا جسمى أو تناذر حرمان :

- الأمفيتامينات ومشتقاتها
- الكوكائين .
- مشتقات القنب الهندي .
- (لفطور المهلوسة ، الليزر جاميد L.S.D. المسكالين ، البسيلوسيين .

ب - تطور الإدمانات الانسحابية ، مواصفاتها العامة وإمراضيتها النفسية

تدخل المكيفات النفسية (مواد الإدمان) حيز التاريخ إذ أنها معروفة منذ أقدم الحضارات حيث ما كانت مادة إقتصادية وتجارية هامة ذات دور سياسي إقتصادي فكانت سببا في حرب الأفيون في الصين الوسيطة . كما كانت ولا تزال تقليدا شائعا

في بعض المجتمعات اذ شاع الخشيش في عصر الماليك بمصر وأصبحت جمعياته ذات وزن سياسي - اجتماعي هام وعرفت بعض الشعوب والقبائل باستهلاك مكيفات نفسية كالكوكا في أمريكا الجنوبية والقات باليمن . وظهرت بأوروبا نوادي للحشاشين ، في القرن التاسع عشر بين أوساط المفكرين والفنانين . كما أن التوسع الاستعماري والاستعماري ، كثيرا ما عمل على تشجيع وإشاعة إستهلاك المكيفات النفسية التي تبعد الأفراد والمجتمعات عن واقعها وحاجياتها إلى عالم خيالي مما يخدم مصالح المستعمرين وتجار الدقيق .

أما في هذا القرن ، وفي بداياته ، بفعل تقدم الصناعة الدوائية التي كانت تحوي في تركيبها عدة مواد مخدرة ومكيفة ، فإن جزءا من عوامل إنتشار حالات الإدمان ، كانت تعود خصوصا إلى سوء إستخدام هذه الأدوية سواء عفويا أو عن قصد ، مما دفع الأوساط الطبية والشرعية إلى العمل على تقنين إستهلاك الأدوية وتصنيفها في مجموعات تبعا لما تحمله من أثر سمي وخطر إدمان . لم يمنع ذلك تزايد إنتشار تعاطي المكيفات النفسية الطبيعية والتركيبية ، حيث ظلّ ترويج هذه المواد قائما بصفة غير شرعية في معظم المجتمعات وبشكل علني في بعضها . حيث إنتهز تجار المخدرات آثار الأزمات الاجتماعية ، والاقتصادية على فئات واسعة من الشباب وغيرهم ، لترويج صناعاتهم والإثراء من ورائها مهما كان لها من نتائج وخيمة ومدمرة .

تتال هذه الظاهرة ، في العصر الراهن الشباب خصوصا بمختلف إنتماءاتهم الاجتماعية الثقافية والاقتصادية ، فهؤلاء هم المرآة العاكسة لأزمات المجتمع حيث أن تكامل الشخصية وترسيخها يتم في هذه المرحلة من العمر التي يتم فيها الانتقال من التماهيات الأسروية إلى تماهيات إجتماعية أكثر إتساعا وحرية تحوّل الشاب من حالة إرتباط مادي - عاطفي بالنواة العائلية إلى تحمّل مسؤولية تثبيت ذاته بالإستقلال الادي والبحث عن إكتمال عاطفي خارجي وإتجاز دوره الإجتماعي . كل ذلك يتطلب درجة من الإستعداد النفسي العاطفي للتضج الإنفعالي مما توفره الأسرة المنسجمة المتوازنة وتتطلب إستعدادا إجتماعيا لإستقبال هذا الشاب في مؤسساته ووجود آفاق إرضاء لطاقت الشاب وطموحاته المهنية وتوازنا قيميا ثقافيا ودرجة من الحرية تسمح

له بسياق تطوري لا يقوده إلى تناقضات أو شعور بالعجز . أما عندما تكون النواة العائلية مهتزة لا توفر أمناً عاطفياً وقاعدة إنطلاق للنضج ، أو عندما لا يفتح المجتمع لطموحات الشاب وآماله بل يكون متأزماً مليئاً بالإشكالات الوجودية والمادية كالبطالة ومختلف أنماط الصراع الاجتماعي القيمي والثقافي ، فإنه كثيراً ما ينزع إلى تحقيق آماله هذه في عالم خيالي كذلك الذي توفره المكيفات النفسية (المخدرات) .

فالمرهقون يجدون في إستهلاك المكيفات النفسية متعة فريدة لا تتوفر في الواقع ، المرير غالباً ، كما أنها وسيلة للتعبير عن الاحتجاج على المحرمات والقيم الأخلاقية والثقافية التي تفرضها الأسرة والمجتمع وإثبات الهوية والذات بخرقها بما يعتبرونه أسلوباً حاسماً ومتطرفاً . في هذا السياق يمثل تعاطي المكيفات : إضافة لكونه مدفوعاً بفضول المراهق ورغبته بالمغامرة والتجربة ، عامل إثبات وجود جماعي ، إذ أنه يخلق رابطة تحالف « وتآمر » تجمع بطقوسها وما تحمله من سرية ومغامرة وتحدي ، مجموعة من المراهقين الذين لم تجذبهم عناصر تمازج اجتماعية إيجابية لغيابها أو ما تحمله من ثغرات في صورتها المثالية . كذلك يمنح الحرمان العاطفي المراهقين إلى البحث عن « تجارب روحانية » عبر المكيفات المهلوسة تعرضهم عن مادية مجتمعهم وجفاف وقساوة محيطهم . ولاشك أن تعاطي المكيفات يحمل نزعة تدميرية وعدوانية غيرية وذاتية تأخذ أحياناً شكل عديل للإنتحار وتنتهي به .. وهذه العدوانية تتظاهر في نزوع المدمنين إلى التجارب بالمخدرات ونشرها وإلى الانحراف والإعتداء تشجيعهم أو تدفعهم في ذلك الحاجة القسرية اليومية للمادة المكيفة وضرورة توفير ثمنها بأية وسيلة سواء كانت السرقة أو تعاطي البغاء أو حتى القتل .

يُقسم الإدمان الإنساني حالياً بتعدد المكيفات المستهلكة وتباين مشتقاتها ومركباتها التي تنتج منها أنواع جديدة باستمرار . ويعتبر الطريق الوريدي (حقناً) غالباً مما يعرض إلى حوادث الصدمة والإصابات خصوصاً منها الدموية والتهاب الكبد الفيروسي . أما المقادير المتعاطاة يومياً فتتجاوز بكثير الكميات العلاجية . مما يؤدي أحياناً إلى حوادث إنسائية حادة وحالات وفاة .

في دراسة فرنسية (غورميكس ، فورنييه 1970) وجد أن متوسط سن

المدمنين يبلغ 21 سنة ثلثهم من الفتيات يتمنون دون تمييز إلى مختلف الأوساط الاجتماعية الاقتصادية . عاش نصفهم طفولة مضطربة تعود إلى الإشكالات الزوجية أو الطلاق أو وفاة أحد الأبوين أو قضاء الطفولة خارج الأسرة (في ملجأ لليتامي ، أو عند مربية الخ . . .) ولدى ستين بالمائة منهم سوابق إنحراف (سرقات ، تجارة مخدرات ، بغاء . . .)

- شخصية المدمن

كان بعض الباحثين يعتقدون بوجود « عصاب إدماني » إلا أن معظم المؤلفين المحدثين لا يجدون ما يؤكد ذلك في أبحاثهم بل يستتجون وغياب عناصر مرضية في شخصيات عدد من المدمنين ووجود ميل للإدمان لدى بعض أنماط الشخصية المرضية .

- لا تبدو على أربعين بالمائة من المدمنين أعراض مرضية أو اضطرابات شخصية ما عدا الإدمان ذاته وما يرتبط به من سلوك .

- يبدى أربعون بالمائة من المدمنين ، اضطرابات بالشخصية فيتسمون بشخصية لا مستقرة من النمط النزوي أو المختل السيكوباتي حيث لا يمثل الإدمان إلا إحدى تظاهرات مرضية الشخصية .

- أما العشرون بالمائة المتبقية من المدمنين فتشاهد فيها تظاهرات عصابية أو اضطرابات نفاسية كالفصامين الذي يلجأ للإدمان لتخفيف الحصر ومشاعر ضياع الشخصية وبفعل ما يتيح له ذلك من دخول إلى مجموعات هامشية وتشاهد اضطرابات نفسية إنحرافية (الانحرافات الجنسية) غالباً ما يكون ، أصحابها أكثر خطراً لانغماسهم في كل أشكال الانحراف المتاحة في أوساط الإدمان وسعيهم إلى نشر الإدمان بين المراهقين .

ج - الدراسة السريرية لحالات الإدمان الإنسجامي

- بعض نماذج الإدمان الشائعة

١ - تناذر الإدمان على القنب الهندي أو الحشيش أو الماريجوانا يحضر هذا المكيف بأشكال مختلفة ، من أوراق وأزهار النبتة الأتشي فهي إما تمزج بعد تجفيفها مع التبغ بشكل سجائر . أو تسحق وتخلط مع مواد سائلة أو صلبة يمكن تناولها . وتوجد محضرات من سائل النبتة تدخن بالتارجيلة أو تستهلك مع مواد سكرية . ويوجد مزيج من السائل والأوراق المجففة

يكون السائل أكثر تركيزاً بللادة الفعالة (تتراميدروكنا بينول) وهو بالتالي أقوى أثراً ، يحدث تناوله تسرعاً قليلاً وجفاف فم واحتقان ملحمة . أما نفسياً فتغمر المتعاطي أحاسيس الإرتياح والانتشاء وينعدم الزمن والمكان بالنسبة له بينما تختد حواسه ويحس بأن قدراته الذهنية أصبحت فائقة . فتسوالى الصور والذكريات والأفكار بسرعة قوية الأثر تجلب له المتعة والسعادة (وأحياناً الرعب والخوف) ويمتد الزمان فيبدو خلال دقائق وكأنه يعيش سنين طوالاً مليئة بالمواقف المدهلة والأحداث الرائعة التي يعبر فيها مسافات هائلة . . .

إلا أن بعض الحوادث تطرأ خصوصاً لدى المبتدئين مزمنة تطور من القلق وتمثل في اضطرابات بصرية وتعرف غزير وإنعدام التوافق النفسي الحركي ونوبات الغشي وحالات حصر وفزع ، قد تؤدي إلى أفعال عدوانية . أما لدى المدمنين فتشاهد اضطرابات نوم وصداع ونوبات دوار .

من اختلاطات إدمان الحشيش ما وصف « بالنفاس العشيشي » وتطور لقصامي . . . والانتقال إلى مكيفات أشد خطراً .

2- تناذر الإدمان على الباربيتورات

يصادف هذا الإدمان عند أفراد يعانون من صعوبة تكيف إجتماعي لأسباب عصائية لذلك فإنهم يسعون إلى التخلص من الكبح واللجم عن طريق تناول عدة حبات (4 - 5) يومياً من المادة ، مما يحدث لديهم حالة من الشمل متفاوتة الشدة وبامتداد الإدمان يظهر تراجع ذهني وتبدلات مزاجية ويحتاج المدمنين إلى رفع المقادير التي يتعاطاها بمرور الزمن . كما يترع إلى تناول الكحوليات التي تقوي تأثير الباربيتورات .

ينشأ ، نتيجة لهذا الإدمان إرتباط نفسي وعضوي ويتعرض المتعاطي عند إيقاف الإستهلاك إلى تناخر حرمان يتظاهر بما يلي :

- حالة قلق
- توتر وامتناع
- وهن
- أرق .
- رجفانات
- نوبات صرعية .
- حالة تخلطوية حلمية .

3 - الإدمان على المنشطات النفسية (مخففات الوزن)

يشاهد لدى أفراد واهنين نفسيا يسمون إلى الحصول على مفعول منشط ويكونون مندمجين بالمجتمع . يتناول المدمن (4 - 8) حبات يوميا و ينتزع إلى رفع المقادير لزيادة التحمل . ويحدث لديه نشاط نفسي إلا أنه يترافق بإستشارة واضطرابات مزاج وأرق ورجفانات .
أما الإرتباط فهو نفسي فحسب ولا يكون عضويا .

4 - الإدمان على المشتقات الأفيونية

يشمل عدة مركبات منها الأفيون والمورفين والكودئين والبرميدول يستهلك الأفيون عن طريق التدخين أو المضغ ويؤخذ الكودئين عن طريق الفم أما المورفين والبرميدول والبتوبون فتحقن في الوريد أو تحت الجلد .
ويحدث تعاطي الأفيونيات حالة خاصة من النشوة السلبية مع اللامبالاة وزوال الإهتمام بالمحيط ومزاج هاديء ومتأمل . وعند الإفراط يحدث تثبيط تنفسي وجفاف جلد وفم وخمول معوي .
يحدث الإعتياد بشكل سريع وترتفع عتبة التحمل بنفس السرعة مما يدفع المدمن الى رفع المقادير التي تتجاوز أحيانا الجرعة القاتلة لشخص عادي .

يكون الارتباط نفسيا وعضويا و يتظاهر تناذر الحرمان بما يلي :

- سيلان أنفي ودمعي وتوسع حدقة و فرط تعرق .

- إحتياج قلق .

- رجمانات وارتعاشات .

- آلام قطنية وبطنية وبالأطراف .

- إسهالات وإقياء وتثؤب .

- أرق .

د - الاختلاطات والعقائيل النفسية للإدمانات الإنسامية

- تحدث بعض المكيفات كالمهلسات (ليزرجاميدل سد) والإمفيتامينات حالات هذيانة حادة .

- تشاهد حالات نقاسية مزمنة من النمط الفصامي وي طرح ذلك إشكالية العلاقة بين الاستعداد الفردي والنفاس الدوائي .

- تحدث أحيانا أزمات من الحصر الحاد إثر تناول مهلسات أو أمفيتامينات قد تدفع إلى محاولات إنتحارية .

- تشاهد حالات همودية حادة ووخيمة خلال الإنسامات الأمفيتامينية أو إثر الفطام عن أحد المكيفات .

- يشاهد أيضا خلال الأسابيع التي تعقب الفطام تناذر تراجمي يتظاهر بتدني النشاط وتردي الوظائف الذهنية وبطنها واللامبالاة والضعف المزاجي .

هـ - معالجة حالات الإدمان الإنسامي .

- الموقف البدئي أمام حالة تعاطي مكيفات نفسية عندما يواجه الطبيب حالة فرد يتعاطى المكيفات النفسية بشكل عابر عليه أن يتأكد من أنه أمام مدمن مرتبط

بالمادة المكيفة ، ثم يبحث من خلال حوارهِ مع المراهق عما يكمن خلف هذا السلوك من أزمات وصراعات نفسية أو صعوبات علائقية في تبادله مع محيطه الذي يجب أن يتصل به الطبيب أيضا لتطمين الأسرة والبحث معها عما يمكن أن يكون دافعا للمراهق إلى الهروب من واقعه

أما في الحالات الحادة الراجعة إلى تناذر الحرمان أو الإفراط بالمقادير . فيجب إسعاف المدمن حسب مقتضيات الموقف وتوجيهه إلى مركز مختص فعندما تكون الوظائف الحيوية وخصوصا الدورانية منها مهددة ، يجب الاهتمام بضمان الوظيفية التنفسية والدورانية وتصحيح التجفّف والإضطراب الشواردي .

أما في تناذر الحرمان فيجب منع المواد المكيفة وإعطاء مضادات القلق (كالديازپام) حقنا عضليا متكررا ومضادات ألم غير مورفينية .
تتمّ المعالجة الجلدية للإدمان في مراكز مختصة بالمدمنين أو الطب النفسي وتمر بمراحل متعاقبة هي .

1 - القطام : الذي يتضمن إستبقاء المدمن بالمشفى فتمنع عنه المادة المكيفة ويعطى مهدئات صغيرة أو كبرى (المثبطات العصبية) عند الحاجة ويضيف بعضهم الإنسولين ويلجأ أحيانا إلى التخفيف التدريجي من مقادير المادة المكيفة خشية من تناذر حرمان شديد (كما في حالة الباربيتورات حيث تحدث نوبات صرعية أو حالات هذيانية أو تخطيطية) أما تستبدل المادة المكيفة (كالهروئين) بمضاد للألم أخف (كالفورتنال Fortal) يخفّف تدريجيا ويلغى بعد أسبوع لتحلّ محله مضادات ألم غير مورفينية .

2 - مقاومة الإختلاطات والعقائيل التالية وتحسين الحالة العامة للمدمن .
حيث يعالج التناذر التراجعي والإختلاطات الهمودية بإعطاء مضادات همود ثلاثية الحلقة أو الدوغماتيل Dogmatil

3 - مرحلة الدعم النفسي والإجماع الإجتماعي وأثوقاية : يعمل الطبيب منذ المرحلة الأولى من العلاج على إقامة علاقة تفهم ودعم نفسيين مع المدمن . ويفضّل

عادة إثر تحسّن حالة المريض توجّهه إلى أساليب علاج نفسي جماعي أو بالإمترخاء .
ومن الهامّ حب إعادة إدماج المدمن أسروياً واجتماعياً بتحسين محيطه قدر الإمكان
وتأهيله مهنيًا وإبعاده عن مصادر الإدمان . أما ما يسوقه الباحثون من إحصاءات
ودراسات حول الشفاء النهائي للمدمنين فإِنَّه يكون غالباً أقلّ من نصف
الحالات . . .

الفصل

الثالث

الإضطرابات المزاجية

١- إضطرابات المزاج . معطيات عامة

أ- الوبائيات :

تشكل إضطرابات المزاج النسبة الكبرى من الأمراض النفسية وأكثرها شيوعاً فيقدرها البعض بـ 50% من الحالات المرضية النفسية التي ترد على العيادات والمستشفيات وإن أخذنا بالإعتبار العدائل الجسمية للهمود (الهمود المقنّع : الصداع النفسي ، الأرق ، الإضطرابات الهضمية الوظيفية ، الآلام المنتشرة) والمقولات النفسجسمية (السيكوسوماتية) الحديثة (الفرحة

الهضمية ، التهاب الكولون القرصي ، الاضطرابات الجنسية الخ . .) فإن النسبة ترتفع إلى أكثر من ذلك .

على كل ، نورد بعض الإحصاءات التي تشير إلى أهمية اضطرابات المزاج في حياة الإنسان وبالتالي في علم النفس المرضي والطب النفسي :

تقدّر أبحاث فرنسية نسبة تعرّض الفرد لمرضيه همودية بـ 10% من مجموع السكان ، ويصل في مرحلة معيّنة من العمر إلى 13% . ويخضع 20% من المصابين بهذه الاضطرابات للعلاج الطبي بينما يدخل المستشفى 2% منهم .

ونستنتج الإحصاءات الأمريكية أن 20% من مجموع السكان يعانون من اضطرابات همودية . يعالج 2% من السكان لدى طبيب أخصائي لأسباب همودية بينما يدخل 0,7% منهم المستشفى

أما الإحصاءات الدانمركية فنستنتج ما يلي : النسب المثوية لاضطرابات المزاج لدى مجموع السكان : (التي تستوجب الإمتشاف)

٪	ذكور ٪	إناث ٪
النفاس الهوسي الهمودي	0,60	1,00
الهمود النفاسي الارتكاسي	0,23	0,88
الهمود العصامي	0,47	1,40
المجموع	1,30	13,28

بينما تقدّر منظمة الصحة العالمية في تقريرها الصادر سنة 1980 عدد الأفراد الذين يعانون من اضطرابات مرضيه بالمزاج (حالات همودية) في العالم بمائة مليون فرد (100 مليون) يتطلّب 20% منهم معالجة طبية . بينما . في الواقع ، يعالج 1,2% منهم لدى الطبيب العام . ويخضع 0,2% لإشراف الطبيب الأخصائي . ويدخل منهم المستشفى 0,1%

هكذا ندرك شيوع هذه الاضطرابات وكثرة مشاهدتها لا لدى الطبيب النفسي فحسب ، بل وفي مختلف العيادات الطبية الأخرى خصوصاً منها الاضطرابات

المزاجية الهمودية وعدائتها التي تفوق بكثير في مصادفتها الإضطرابات المزاجية
أهوسية .

إن الأمراض المزاجية متنوعة وتأخذ أشكالاً متباينة أو مختلطة متداخلة في
أعر ضها السريرية وتطوراتها ومعالجاتها ومسبباتها . مما أدى إلى نمو جدل تاريخي ،
إنطلق منذ حوالي القرن حول تصنيفها ، بين مختلف الأطباء والباحثين والمدارس
ويغذي هذا الجدل خصوصاً ، غموض سببية هذه الإضطرابات ، رغم ما تقدمت
به الأبحاث والإحصاءات والتجارب من فرضيات نفسية المنشأ وإرثية وفيزيولوجية
لم تستطع إحداها أن تثبت بشكل حاسم وتذخر الأخرى ، في تناذر أو آخر من
التناذرات المزاجية .

لذلك إتمدت التصنيفات على الخبرات والنظريات السريرية للباحثين
الأطباء وكثيراً ما أخذت شكلاً تشخيصياً راجعاً بالإعتماد على التطور المرضي وأثر
سائل العلاجية . لذلك تكاثرت أنماط تصنيف إضطرابات المزاج من بلد إلى آخر ،
ومن مدرسة إلى أخرى ، ومن زمن إلى آخر ومن مؤثر طبي إلى آخر . وكثيراً ما رجع
الباحثون من جديد إلى إعتداد تصنيف قديم ، أهملوه منذ عشرات السنين ، بعد
ثبات عقم النظريات التي إستند إليها التطوير التصنيفي أو لتطابق تصنيف قديم مع
مفعول وسائل علاجية حديثة ، أو عودة إلى التبسيط بعد تعقيد في التصنيف لم تثبت
له من جدوى على مدى سني الممارسة والبحث . لذلك فإننا سنكتفي في هذا الفصل
بإيراد بعض نماذج التصنيف كأمثلة دون توسع في موقعها التاريخي وتبريراتها
وتعليقاتها وستجاوز في دراسة التناذرات السريرية الجدل القائم حول
التصنيف لنسب البحث ومحوره حول وحدات مرضية كلاسيكية متعارف عليها
عموماً .

ب - مدخل عام

يعبر تعبير « الإضطرابات المزاجية » في الطب النفسي وعلم النفس المرضي عن
حالات مرضية من الإبتشاء والإهتياج أو من الهمود ويستعمل الأطباء الأمر يكون في

هذا الشأن تعبير « الإضطرابات العاطفية » وتشمل الأمراض المزاجية بمجموع الحالات الهمودية والإهتياجية .

يتمثل الهمود في هبوط المزاج ويقصد به الطب النفسي شكلا مرضيا من الحزن والكآبة . وتطلق تسمية « التناذر الهمودي » على كل حالة مرضية يكون الهمود عرضها الرئيسي .

الكآبة ، السوداء ، يتأتى مصدرهما التعريفي من نظرية الطب اليوناني القديم القائلة بوجود أربعة أمزجة جوهرية لدى الإنسان : المزاج الدموي ، المزاج الصفراوي ، المزاج السوداوي ، المزاج الصفراوي (وفي حالة الكآبة يسيطر المزاج السوداوي .

في أواخر القرن التاسع عشر ، فرّق الطبيب النفسي « كرايبلين » بين الكآبة (السوداء الانتكاسية) وهي حالة مرضية همودية تنشأ بعد سن الخمسين لدى أفراد لا توجد لديهم سوابق مرضية نفسية وإعتقد أن هذا المرض يتطور حتما نحو الموت . . . ففرقه عن « الجنون الهوسي - الهمودي » ، الذي جمع ضمنه عددا كبيرا من الأنماط الهمودية الأخرى إلا أحد تلامذته « درافوس » قام بعد ذلك بعشرين سنة (1907) بتحري تطور (81) حالة من السوداء الانتكاسية وأثبت بشكل لا يدعو إلى الشك أن أحدا من هؤلاء المرضى لم يميت بسبب التناذر الهمودي مباشرة بل توفي 26% منهم لأسباب صحية أخرى وأصيب 8% منهم بالعمه بسبب حوادث وعائية دماغية ، بينما شفيت من بينهم نسبة أخرى .

إثر ذلك ظهرت نظرية الهمود النفسي كشكل وخيم من الإضطرابات المزاجية يتميز عن الهمود العصبي .

كذلك إعتمدت بعض التصنيفات على مقولات الهمود باطن المنشأ والهمود الارتكاسي أو خارجي المنشأ أو نفسي المنشأ إعتادا على تحليل الهمود باطن المنشأ (وخيم) بآليات بيولوجية وإرثية نقاسية بينما يعود الهمود الارتكاسي إلى إحباطات وصدمات نفسية خارجية .

نشأ عن ذلك جدل تاريخي لا يزال قائما بين مدرسة « نيركاستل » التي تتبنى هذه النظرية ومدرسة « لندن » في الطب النفسي التي تقول بأن التناقضات الهمودية

تشكل مجموعة إتصالية Continuum لا يمكن فصل عناصرها .

ج - بعض نماذج تصنيف الاضطرابات المزاجية

أ - التصنيف حسب المنشأ

تتميز فيه :

- الحالات الهمودية داخلية المنشأ بكونها تحمل سمة إرثية - ليس لها سبب خارجي - تتكرر
- الحالات الهمودية خارجية المنشأ : تعود لأسباب رضية نفسية خارجية حالية أو قديمة (تعود إلى الطفولة)
- الحالات الهمودية الانتكاسية : تحدث في سن متأخرة .
- الحالات الهمودية العرضية : تحدث خلال أمراض عضوية كالأمراض الغدية والأمراض العصبية .

مخطط التصنيف شكل نفاس هوسي همودي ثنائي القطب
النفاس الهوسي الهمودي / شكل وحيد القطب همودي / شكل وحيد القطب
هوسي .

- 1 - الهمود باطن المنشأ الهمود اللانمذجي (الفصام العاطفي)
- II - الهمود خارجي المنشأ الحالات الهمودية العصابية الحالات الهمودية الارتكاسية .

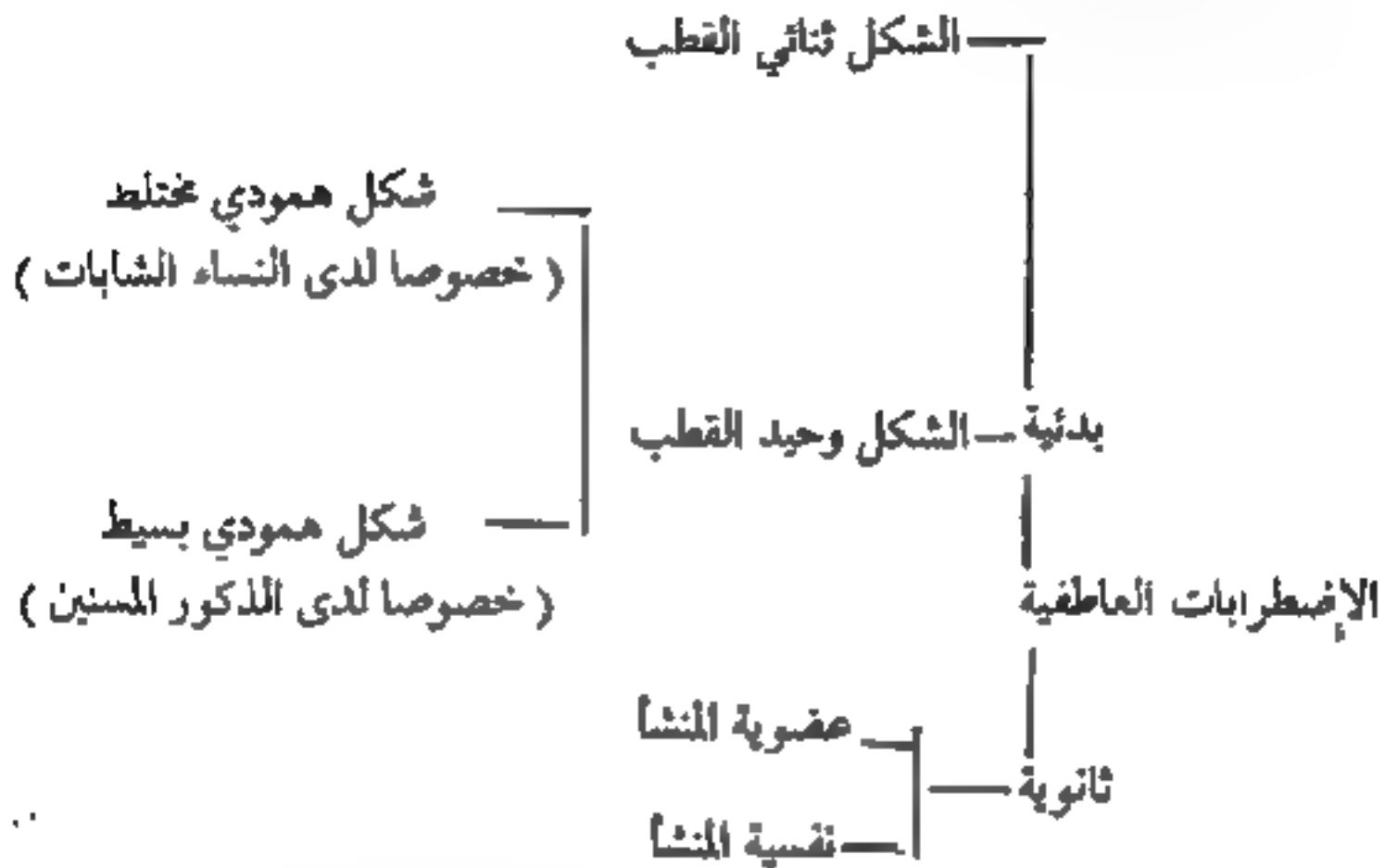
- III - الهمود الانتكاسي الهمود باطن المنشأ المتأخر الهمود العصابي المتأخر
- IV - الحالات الهمودية العرضية (خلال تطور أمراض عضوية)

ب - تصنيف الاضطرابات المزاجية إلى بدئية وثانوية :

1 - الاضطرابات المزاجية البدئية تتميز بما يلي :

- وجود تناذر همودي
- غياب أية اضطرابات نفسية في سوابق المريض باستثناء هجمات همودية أو هوسية .

- غياب افة عضوية مرضية تسبق أوترافق الإضطراب .
- ٢ - الإضطرابات المزاجية الثانوية وهي تلي أو تتشارك مع إضطرابات عضوية أو نفسية أخرى (عصاب ، هستيريا . . .) ويعتمد هذا التصنيف على أعمال « كندل » (1966) و « فينوكير »



ج - تصنيفات أخرى إلى فئات متباينة العدد والتميز

- إلى فئة واحدة : تصنيف « ليويس » : الأمراض الحمودية (الداء الحمودي)
- إلى فئتين : أ - تصنيف « روشا » 1 - الحمود باطن المنشأ
2 - الحمود العصابي
- ب - تصنيف « فان لارغ » 1 - الحمود الحيوي
2 - الحمود الشخصي (النرجسي)
- إلى ثلاث فئات :
- أ - تصنيف 1CD.6 1 - الارتكاس الهوسي الحمودي
2 - السوداء (الكآبة) الانتكاسية

3- الارتكاس الهمودي العصبي

ب- تصنيف « أفرال » 1- الهمود المتوتر القلق

2- الهمود العدائي

3- الهمود اللجمي

- إلى أربع فئات :

أ- تصنيف ICD8 : 1- النفاس الهومي الهمودي

2- السوداء (الكآبة) الإبتكاسية

3- النفاس الهمودي الارتكاسي

4- الهمود العصبي .

- إلى خمس فئات :

أ- تصنيف « بايكل » : 1- الهمود النفاسي

2- الهمود القلق

3- الهمود العدائي

4- الهمود الشبائي

5- الهمود مع اضطراب الشخصية

ب- تصنيف « بلانيدر » 1- الهمود الفيزيولوجي اللجمي

2- الهمود المتوتر

3- الهمود الفصامي العاطفي

4- الهمود التالي لإشكال وجودي (حياتي)

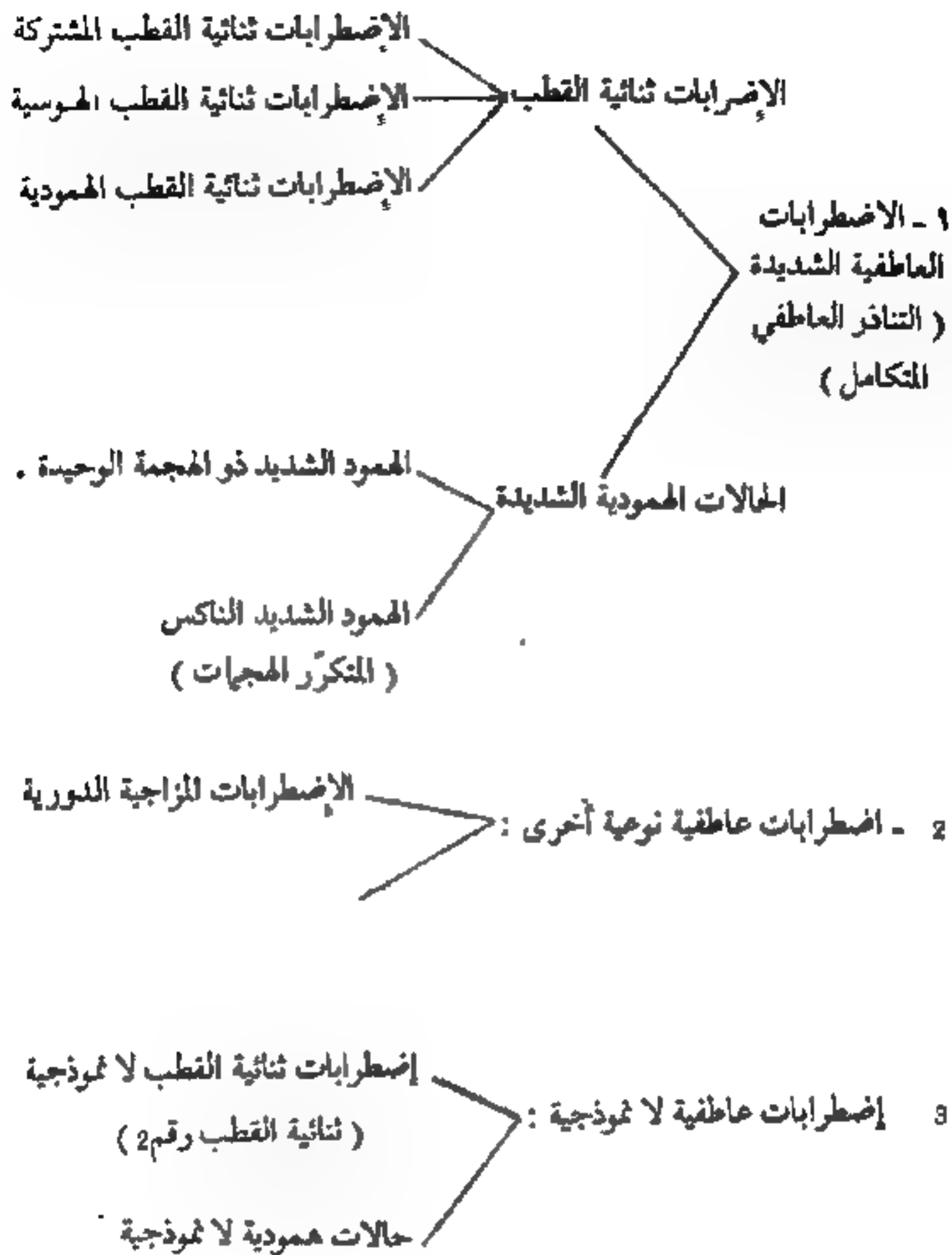
5- الهمود المنذر بأفة عضوية .

د- التصنيف الأمريكي DSM111

يعتمد هذا التصنيف الحديث على معايير تشخيصية لا على تقسيم إلى وحدات

مرضية ؛

III الاضطرابات العاطفية :



II - النفاس الهوسي الهمودي

يصاب بالنفاس الهوسي الهمودي ١٪ من مجموع العام للسكان تتراوح حدود العمر لهذا الاضطراب بين 15 - 65 سنة إلا أن معظم الإصابات تحدث قبل سن الأربعين وتكثر في حوالي الثلاثين . يكون خطر التعرض أكبر في عائلات المرضى من الدرجة الأولى فتتراوح بين 15 - 25٪ في النفاس الهوسي الهمودي ثنائي القطب بينما لا تتجاوز 10٪ في الاضطراب وحيد القطب . ويصل التعرض في الشكل الأول لدى النوائم الحقيقية إلى 65٪ عند إصابة أحد التوأمين .

I - النوبة الهوسية (الطور الهوسي)

أ - البدء والتطور العرضي :

في نصف الحالات يسبق النوبة الهوسية ، حالة همودية صريحة أو خفية تدوم لأسابيع أو أشهر . وفي الحالات الأخرى تحدث النوبة الهوسية بشكل مفاجيء أو تدريجي دون طور يسبقها .

تتساعد النوبة الهوسية غالباً حسب المراحل التالية

- 1 - حالة شبه هوسية (هوس خفيف) .
- 2 - إسهال كلامي ، هياج دائم ، اضطراب المحاكاة - الشعور بالانتشاء
- 3 - تطاير الأفكار وتشتتها - العلوانية ، أفكار ومشاريع غريبة تشابه هذيانات العظمة ، وتصل أحياناً إلى هذيانات زورانية .

ب - الأعراض النفسية والسلوكية للنوبة الهوسية

(١) وصف الحالة الهوسية وأعراضها

يكون الهوسي بادي الهياج كثير الحركة ومريعها ، محتقن الوجه متدّل السحنة مفرط الإيمائية والتعبير ، عالي الصوت ، متحرك الملامح مشوس المظهر والثياب ، سريع الإتصال والتكيف مع الموقف ومتطلباته ، لكن بأسلوب سطحي . يتقدم الحاضرين بالمبادرة ويتدخل في كل الشؤون .

(٢) الاضطرابات المزاجية .

أ - الانتشاء المزاجي :

هو العنصر الرئيسي للهجمة الهوسية . حيث يكون المريض بحالة غبطة وسرور وتفاؤل ونشوة مفرطة تسيطر عليه أحاسيس عالية وأفكار سمو ورقي ، ينظر الى محيطه بكل ثقة دون وجل أو توجس . بل يجده أليفا ومصدر بهجة وفرح ، بكل ما يحتويه . فيخطط على أساس ذلك مشاريع عظيمة وهائلة دون أن يبالي بالعواقب أو المصاعب . ولا يلبث أن يهمل هذه المشاريع إلى مشاريع أخرى جديدة وهكذا دواليك .

ب - التبدل المزاجي :

- يهيم الانتشاء المزاجي على الهجمة الهوسية إلا أن المريض كثيرا ما تعتوره تبدلات مزاجية سريعة فائقة السرعة ، فينتقل دون توقع من البهجة إلى البكاء العابر وتعتريه نوبات قلق أو غضب دون مبرر حقيقي وسرعان ما تختفي ، وقد ينتابه للحظات ، بعض اليأس والتشاؤم أو ينتقل من مظاهر الحب والرعاية والكرم إلى العدائية والحقد .

3 - الهياج النفسي واضطراب سياق التفكير ومحتواه :

يتسم المريض بفرط هياج نفسي فيتسرع نشاطه النفسي الباطن ، تتكاثر

الأفكار والمشاريع والإبداعات في ذهنه وينشط خياله وذاكرته . فيحدث لديه «إسهال كلامي» ، فلا يتوقف عن الحديث والوصف والتخيل وسرد الذكريات والمقولات والأشعار ، يتنقل من فرد لآخر ، مكثرا من الذكريات الوهمية والهذر والتعرف الخاطيء يربط بين الكلمات حسب قوافيها ولحنها . . . تكون أفكاره هاربة ، سريعة التطاير ، والتشتت ، فينتقل من موضوع إلى آخر ومن عمل إلى آخر دون سابق إنذار أو ربط . ويفقد قدرة المحاكمة والنقد ، فيبدع مشاريع وهمية يتيها على فرضيات مستحيلة ويصدق سريعا كل ما هو خرافي ما دام يتطابق مع أفكاره أو يثيرها . . .

يتظاهر فرط نشاط المخيلة غالبا بهذر شبه هذيان ، إذ تدفعه أفكار العظمة والسمو إلى تضخيم موقعه الاجتماعي وإختلاق الإدعاءات وتصوّر مشاريع خيالية لنيل الثروة ، أو السلطة أو إصلاح الإنسانية ، إلا أنه غالبا مالا يندمج في أفكاره هذه . وقد يتراجع عنها أو يسخر منها . لكن هذه الأفكار تأخذ أحيانا شكلا هذيانا حقيقيا لتتخذ النوبة الهوسية نموذج ما يسمى بالهوس الهذيان ، حيث تتعدد أنماط الهذيان كالهذيان العظمة وهذيان التمتع وهذيان الاعتداء والهذيان الشهوانية . . .

4 - اضطرابات النشاط والسلوك النفسي - الحركي :

يكون الهوسي في حالة هياج وإستارة حركيتين مستمرتين فلا يتوقف جسده عن الحركة والتنقل وتكثر أعماله وأنشطته وإجراءاته في المفرط في الضجيج والفوضى والإحتجاج والملاحقات والمشتريات ويتعامل مع الآخرين دون إعتبار لمصالحه .

يكون أيضاً مفرط الانمائية والتعبير تتغير تقاطيع وجهة باستمرار ولا تتوقف يداه عن الحركة . بينما لا يستقر في وضعية ثلوة جالسا وأخرى واقفا وأخرى يتنقل جيئة وذهابا بخطوات واسعة سريعة .

يتخذ نشاطه الدؤوب للتشتت هذا غالبا شكل لعب وهزل وسخرية ودعابة ، فيحب التنكر ولعب الأدوار والسخرية من الآخرين .

يُقسم نشاط الهوسي أحيانا بالعدائية إلا أن الحالة الهياجية الشديدة المتسمة بالعدوانية والصراخ والتدمير ورفض الطعام والتي تتطور أحيانا إلى حالة إنهاك وهذيان حاد مفرط الحرارة ، والتي كانت توصف سابقا أصبحت اليوم نادرة المشاهدة بفضل تطور الوسائل العلاجية .

5 - إضطرابات السلوك الغريزي

ينفك الكبح الأخلاقي لدى المريض الهوسي وتتهلج غرائزه وتنطلق فلا يتورع عن استعمال الكلمات البذيئة والتعري أمام الآخرين والابتذال الجنسي . بينما يكون عادة في سلوك السوي شخصار صينا ومحافظا .

كذلك تنطلق شهوته الغذائية ، فيزداد شرهة للطعام ويتناول منه كميات هائلة دون أن يجد مصاعب هضمية .

ج - الأعراض الجسمية في النوبة الهوسية :

- يشاهد لدى المريض الهوسي أرق معتد وثابت إلا أنه لا يؤدي إلى إرهاق المريض ولا يؤثر على نشاطه وهياجه المفرطين .

- رغم ما يتناوله المريض من كميات كبيرة من الطعام فإنه يكون سريع التحول لفرط نشاطه وهياجه (ويصل هبوط وزنه إلى 10 كغ خلال 15 يوما) ويشاهد أيضا تهفف لدى المريض .

- تظل الحرارة موية غالبا بينما يتسرع النبض وتزداد المفرزات . يهبط التوتر الشرياني أحيانا . بينما يكون الجوع والعطش شديدين .

- ينقطع الطمث غالبا لدى المرأة .

د - التطور المرضي :

تسير النوبة الهوسية عفويا نحو الشفاء خلال أمد وسطي يبلغ ستة أشهر وقد

لا يتجاوز بضعة أسابيع . بينما تشاهد ، غالباً بعد من الخمسين ، نوبات متصلة أو متقطعة تمتد لعدة سنوات .

يختصر العلاج الدوائي النوبة الهوسية ، وسطياً إلى شهرين فتتحسن الأعراض تدريجياً بدءاً بالهلل الهذيانى ثم الهياج وفرط الكلام وتشوش النشاط وتشير عودة النوم الطبيعى إلى الشفاء .

وكثيراً ما يعقب النوبة الهوسية طور همودى .

هـ- الأشكال السريرية للهوس

1 - النوبة شبه الهوسية

تتسم بأعراض هوسية خفيفة ، يسهل تشخيصها لدى مريض لديه سوابق نفاس هوسى همودى . كما تحدث أيضاً لدى مريض تحت المعالجة الدائمة (بالليثيوم عادة) كشكل مخفف من النوبة الهوسية ، عندما لا يكفى العلاج الدوائى لضبط المرض بشكل كامل . أما عندما تكون التظاهر المرضي الأول لدى شخص دون سوابق هوسية همودية فإن التشخيص يكون صعباً .

وتتسم النوبة شبه الهوسية بمايلي :

- فرط إنتشاء مزاجى

- فرط نشاط ذهني إلا أن نوعيته تكون متدنية

- فرط النشاط العملي والحركي : يكون الشخص كثير الحركة مريع التبدل والتغير في نشاطه المهني وعلاقاته الإجتماعية وحياته الشخصية متهوراً في سلوكه كثير التبذير والمغامرة .

- اضطرابات بالطبع : لا يتحمل شبه الهوسى الضغوط والشكليات ولا يحترم آراء الآخرين ولا يتقبل نصائحهم ، بل يكون سلطوياً متسلطاً محتكراً لا يتحمل النقد ، إمتلاكياً ، سريعاً ما يفقد صبره ، عدائى تجاه محيطه يستكشف عيوب

الآخرين وبمضجها موجتها لهم نقدا لاذعاً وحقيقاً يكثر من الشكاوى والاحتجاجات والمطالبات .

تفرق الحالة شبه الهوسية عن الحالة السيكوباتية بتمايز الأعراض وحدوث شبه الهوس بشكل نوبة يتبدل فيها سلوك المريض بشكل مخالف لطبعه وشخصيته العاديين . كذلك يتخذ ظهور الأرق طابعاً تشخيصياً عيانياً

يسيء شبه الهوسي إلى نفسه وإلى محيطه باتخاذ القرارات الإعتباطية ولجوءه إلى الأعمال المتهورة التي تنال من وضعه المهني وعلاقاته وحياته الشخصية وقد يصل به الأمر إلى ارتكاب أعمال مخالفة للقانون كالغش والتزوير .

تستجيب الحالة شبه الهوسية إلى نفس معالجة الهوس إلى أنه كثيراً ما يصعب إقناع المريض بضرورة تناول الأدوية .

2 - الحالات المشتركة :

حالات نادرة يصعب تشخيصها تشترك فيها الأعراض الهوسية والأعراض الهمردية . تشاهد خصوصاً لدى المرأة . وصفها «كرايبلين» وعاد إليها «فينوكير» و«أوفرال» في تصنيفاتها ، من بينها :

- الهمود اللجمي : يكون المزاج والأفكار هوسية إلا أنها تترافق مع لجم نفسي - حركي .

- الهمود الهياجي (المتوتر ، القلق) : إثارة ذهنية وفرط نشاط واستثارة مع أفكار همردية وقلق .

- الهمود العدائي : تحدث تبدلات سريعة بالمزاج من أفكار العظمة حتى مشاعر الذنب واليأس والقلق والخوف من الموت حتى الغضب والعدوانية .

و - التشخيص التفريقي :

- السكر الهياجي : حيث قد تشتبه كل حالات السكر الانسمامي (بالغول أو المهلسات والمخدرات) مع نوبة هوسية أو حالة شبه هوسية مختلطة مع السكر .

- الهياج اللا غموزجي في الفصام :

يشاهد لدى الفصامي إفتراق وضبابية بالتفكير وغطية في الهياج كما لا يوجد إتصال مع المحيط وتكيف معه . ويكون تعبيره أكثر غرابة وأقل ارتباطا بالواقع . بالإضافة لذلك يصحح التطور وغط للمعالج التشخيص .

- التناذر الجبهي :

لسبب ورمي أو ضموري تنكسي (داء بيك) : يكون المريض أقل تجماسا وتكيفاً من الهوسي ويبدو عليه التراجع الذهني .

- الحالات الهوسية العرضية :

تحدث خلال الآفات الغدية (داء كوشنغ) والآفات الدماغية الإلتهابية والورمية وخلال بعض المعالجات الدوائية (الدوبامين ، الكورتيزون ، السيكلوسيرين ...)

2 النوبة الهمودية (الطور الهمودي) (الإكتئاب)

تتسم الحالة الهمودية بالصفات التالية :

- كآبة مرضية وألم معنوي عميق .
- لجسم نفسي وبطء بالنشاط النفسي ، زوال الإرادة واضطرابات وظيفية بالذاكرة .

- لجسم نفسي حركي ووهن ووضعية جامدة .
- اضطرابات جسمية وبيولوجية : أرق ، قمع ، قلق

أ - الوصف السريري :

1 - المظهر العام :

يكون المريض جامدا عديم الحركة ، شاحب السحنة جامد الملامح ، تبدو

الكآبة والحزن العميق على سبأ وجهه . كل حركاته بطيئة يتكلم بصوت خافت بطيء . قليل الإستجابة للإثارة ، لا يبالي بما حوله .

في الممود القلق يكون الهياج أحيانا متصلا للوحة السريرية .

2- اللجم الذهني :

يكون تفكير المريض بطيئا فيشكو من خلو ذهنه من الأفكار ، ويصعب عليه إسترجاع الذكريات أو تركيز إنتباهه على ما يحيط به ، إلا أن توجهه وإدراكه يكونان غالبا سليمين .

يفقد المريض إرادته تدريجيا ، فتتطلب أنشطته وحركاته الروتينية اليومية جهدا شديدا ويهمل أبسط الحاجيات كالعناية بنفسه ونظافته . بينما لا يبالي بأي نوع آخر من النشاط أو العمل ، ويفقد الدوافع والاهتمامات .

تكون إضطرابات الذاكرة متفاوتة الشدة إلا أنها ثابتة في التناذر الممودي من النفاس المودي وهي إضطرابات وظيفية دون تنكس غير عكوس بالذاكرة .

٣ - الإضطرابات الانفعالية والمزاجية :

- اللجم العاطفي : يشكو المريض من خلوه من المواقف والانفعالات فلا يبالي بما يحدث حوله ولا يأبه بالمصائب التي تحمل بأسرته .

- الألم المعنوي :

يفقد المريض الرغبة بالحياة ويغزوه حزن عميق وشعور بالمصيبة . ويعيش حالة الوهن الحيوي التي تسيطر عليه بشكل أليم ، إذ تنهار قيمته الذاتية في ذهنه . ويحس بثقل عجزه ويقتنع بأنه لن يشفى أبدا وتداخله مشاعر الانحطاط وعدم الجدارة والذنب لكونه لا يقوم بواجباته ومسؤولياته ، ويشكل عشا على محيطه بينما لا يتمكن من مشاركة أسرته أفراحها وأتراحها . ويتهم ذاته بالمسؤولية عن ضعفه وزوال إرادته .

- تتطور هذه الأحاسيس والأفكار أحيانا إلى شكل هذياتي يقتنع فيه المريض بأنه مسؤول عن كل ما يحدث من مصائب لأسرته ومحيطه والعالم وأنه غير جدير بالحياة وأن وجوده عبء وخطر ويعرض غيره للهلاك والموت ، إضافة إلى هذيات المراقبة وهذيات التعقب . . .

- بسبب كل ذلك ، يتطور سلوك لإفناء الذات وتعذيبها وللإنتحار فيمتنع عن الطعام كتعبير عن رفضه للحياة ولا جدارته بها .

أما محاولات الإنتحار لدى المموديين النفاسيين فيجب أخذها مأخذ الجد ، إذ أن 15% من المموديين يتوقنون بالإنتحار . فكثيرا ما يكون العرض الأول للنوبة الممودية محاولة إنتحار . ويتحيز هؤلاء عند وخامة الحالة كل فرصة للعمل على الموت ، عندما لا يتلقون المعالجة أو في بدايتها . فقد تتعاقب المحاولات الإنتحارية التي تأخذ أحيانا شكلا شنيعا كتقطيع الجسد والأحشاء واستعمال كل الوسائل الممكنة ، مما يتطلب مراقبة مستمرة للمريض ومنع الوسائل الإنتحارية عنه . ويحدث أن يشاهد الإنتحار الغيري ، حيث يجر المريض بعض أفراد أسرته إلى الموت معه لإنقاذهم من العذاب والآلام .

4 - الأعراض والاضطرابات الجسمية :

- يضطرب النوم ويحدث أرق معتد كامل أو عند الفجر الباكر مترافقا بقلق وحصر وكرب ، ويكون النوم خفيفا متقطع الأذوار .

- الإضطرابات الهضمية :

يحدث قمه (فقد شهية) وقبض معتد ويكون النحول شديدا

- آلام عضلية وظهرية وقطنية وصداع وحالات دوار ورجفان واضطرابات بالضغط الشرياني .

- وهن جسدي شديد .

- كثيرا ما تشاهد حالة قلق وحصر واضطرابات إنباتية .

5 - التبدل العرضي

تشتد الأعراض عند الصباح وتحسن عند المساء . مما يشير مع اضطراب النوم إلى إختلال في الوقع الحيوي والوظائف البيولوجية وتؤكد ذلك دراسة تبدلات الكورتيزول والشوارد الدموية .

ب - الأشكال السريرية للطور الهمودي :

1) الشكل الهمودي الخفيف أو البسيط :

حيث يشعر المريض بالوهن وتحد النشاط والضعف الحيوي والإرادي والأرق ، إلا أنه يستمر في مزاولة نشاطه بشكل محدود ويدجأ الى العزلة ولا يكون اللجم النفسي الحركي شديدا لديه . أما الألم المعنوي فيظل قائما ، مما يضع الاحتمال الإنتحاري في الحسبان .

هذا الشكل كثير المشاهدة ، وقد يعود أحيانا إلى تأثير المعالجة الوقائية المديدة (بالميتيوم) التي تخفف شدة النوبة .

2) الشكل الهمودي الذهولي :

يسيطر هنا اللجم النفسي الحركي ، فيكون المريض جامدا صامتا ، تصعب العناية به وتغذيته ويكون الألم المعنوي شديدا .

3) الشكل الهمودي الهياجي :

يكون القلق عرضا رئيسيا ، المريض مفرط الحساسية والانفعال كثير الحركة والشكوى والتألم . ويزداد الخطر الإنتحاري عند اشتداد نوبات الحصر والقلق ...

4) الشكل الهمودي الهذيانى :

ياخذ الألم المعنوي ومشاعر اللتب والعجز شكلا هذيانيا ، فيبني المريض

أفكار وقناعات هذيانية يمحور حولها كل أحاسيسه وحواسه وإتصاله مع العالم الخارجي . تتغلب هنا هذيات التعقب والذنب والهليانات المراقية وتكثر مشاهدة تناذر كوتار (هذيان النفي - الخلود الأليم - هذيان اللعنة) .

5) الشكل الهمودي الخفي (أو المقنع) :

تتخذ أحيانا الاضطرابات المزاجية الهمودية شكلاً مقنعاً ، إذ تبدو ضمن تظاهرات وطيفية جسمية مختلفة تكون دورية تتزايد في الربيع والخريف وتكون شديدة في الصباح بينما تخف بالمساء وهي تتحسن تحت مفعول الأدوية مضادات الهمود .

هذه الشكاوى الجسمية هي أساسا :

- اضطرابات هضمية : قمة ، آلام بطنية ، قبض معند ، ضغط وثقل بطني .

- حالات ألمية : صداع ، آلام وجهية ، آلام قطنية ، آلام ذات مظهر رثواني (روماتيزمي) .

- اضطرابات صدرية : آلام منصفية ، حصر صدري ، ضيق تنفسي . . .

ج - التشخيص التفريقي :

يجب تمييز الحالة الهمودية عن القلق العصابي الذي يتميز بالسوابق العصابية وغياب السوابق النفاسية . ويكون هذا القلق مرتبطا بالحياة اليومية لفرد كما يغيب الحزن والألم المعنوي العميق .

- كما لا يجب الغفلة عن حالة همودية تقنعها اضطرابات جسمية ، حيث تكون الشكاوى أشد من الاضطراب ويكون إختلال النوم عرضا ظاهرا بينما يبدو التشاؤم والكآبة على المريض ، وتكون الاضطرابات أشد بالصباح لا تخضع للمعالجات العرضية بينما تستجيب لمضادات الهمود .

ب - تطوّر النوبة الهمودية :

تتطور النوبة الهمودية نحو الشفاء العفوي خلال ستة أشهر وسطيا وتتراوح بين بضعة أسابيع وعدة سنوات بشكل راجع أو متصل .

وتقتصر المعالجة الدوائية النوبة الى شعر وسطيا ، حيث يتم التحسن تدريجيا ، وتراجع الأعراض الواحد بعد الآخر بدءا بالشهية والنشاط وعودة النوم والوزن وانتهاء بتعدك للمزاج . إلا أن خطر الاضطراب المزاجي والانتحار يظل قائما خلال النقاهة ، مما يتطلب استمرار المعالجة لعدة أشهر .

3 - الأشكال السريرية التطورية الكبرى للنفاس الهوسي الهمودي :

يقسم النفاس الهوسي الهمودي إلى شكلين رئيسيين هما : الشكل ثنائي القطب (أو ثنائي الطور) والشكل وحيد القطب (وحيد الطور) نتج هذا التقسيم عن أعمال «أنفست» و«بري» (1966) وتأكد فيما بعد بالأبحاث اللاحقة :

١ - الشكل ثنائي القطب :

يبدأ بين سن العشرين والثلاثين ويمثل بتواجد أطوار همودية وأطوار هوسية أو شبه هوسية (هجمة واحدة على الأقل من كل نوع) . يسيطر على التناذر الهمودي في هذه الحالة : التباطؤ الذهني والنفسي - الحركي والخمول والصمت . تكون شخصية المريض عادة من النوع دوري المزاج ويكون العامل الأرضي عاليا .

٢ - الشكل وحيد القطب (الهمودي)

يحدث بدءا من سن الثلاثين . وهو الأكثر مصادفة ، خصوصا لدى الإناث تشاهد فيه نوبات همودية فحسب . وتقسم غالبا بترافقها مع القلق والحصر والاهتياج والأفكار المراقية . يضع بعض المؤلفين الحالات الهمودية المتأخرة داخلية المنشأ (السوداء الانتكاسية) تحت إطار الشكل وحيد القطب .

تكون شخصية المريض غالبا واهنة ملجومة تحمل صعوبات في التكيف ولا يكون العامل الوراثي عاليا

- أما الشكل وحيد القطب الهوسي فيشكل بوجوده رغم أن بعض المؤلفين أشار إليه في تصنيفاته .

4) سير التنفس الهوسي الهمودي :

يتباين سير المرض من فرد لآخر ، إلا أن «أنفست» إستخرج سنة 1973 من خلال أبحاثه سمات عامة يتصف بها تطور المرض لدى النسبة الكبرى من الأفراد :

- يتطور التنفس الهوسي الهمودي بشكل دوري تغلب فيه مراجعة النوبات ويندرجداً أن يقدّم : انخفاض قوّة عضلاته

- يتراوح عدد النوبات من مريض لآخر وتكون الحالة عموماً أشد وخاصة في الشكل ثنائي القطب الذي لا تتعاقب فيه النوبات الهمودية والهوسية دائماً بل تكون متبدلة متقلبة . متوسط عدد النوبات ثمانية في هذا الشكل ، وخمسة في الشكل وحيد القطب . الفاصل بين النوبات يتراوح بين عدة أشهر وعدة سنوات تصل إلى أكثر من عشر سنوات . تلوم النوبات من بضعة أشهر إلى سنة عادة . . .

5) السببية المرضية :

1 - العامل الوراثي : (النظرية الإرثية) :

تزداد نسبة التعرض والإصابة عند وجود سوابق عائلية من المرض فتزداد من 1٪ لدى مجموع السكان العام إلى 20٪ عند إصابة أحد الوالدين (في الشكل ثنائي القطب) وحتى 06٪ (09٪ في بعض الأبحاث) لدى النوائم الحقيقية . . . إلا أن العامل الإرثي أقل وضوحاً بكثير في الشكل وحيد القطب .

وقد أكد بعض الباحثين وجود ارتباط بين التنفس الهوسي الهمودي وبعض الصفات الإرثية (عنى الألوان ، الزمرة الدموية + Xga) التي تتوضع جنياتها على المكروموزوم X الجنسي .

2 - الفرضيات البيولوجية :

عزت هذه الفرضيات النفاس الهوموي الهوموي إلى اضطرابات غدية (معتمدة على معايرة الكورتيزول الدموي و ACTH و H6H والتي تشير إلى وجود اضطرابات) وإلى اضطرابات شواردية . أو إلى اضطرابات الوسائط العصبية (السيروتونين ، الكاتيكولامين ، الدوبامين) إلا أن عددا كبيرا من المؤلفين إعترض بأن هذه الاضطرابات والتبدلات نتائج وظيفي للمرض يرافقه وليس عاملا سببيا له .

3 - العوامل النفسية الاجتماعية :

توجد عدة أبحاث وبائية إجتماعية إستهدف استخراج الرابطة بين العوامل الاجتماعية ونسبة التعرض للنفاس الهوموي الهوموي من بينها :

- بحث أمريكي في 1940 أشار إلى أن الإصابة بالمرض أعلى في المدن منها في الريف .

- أشارت أبحاث أخرى إلى نسبة التعرض للمرض تصبح أعلى لدى الأقليات الفقيرة والمجموعات المهاجرة .

- بحث حديث إستنتج أن نسبة التعرض للشكل ثنائي القطب تزداد مع ارتفاع الطبقة الاجتماعية (ماديا) بينما تنخفض في الشكل وحيد القطب من المرض .
- كان الباحثون يفصلون بين الأحداث الخارجية وبدء النفاس باطني المنشأ إلا أن أبحاثا حديثة من بينها بحث «بشفلد» (1980) أثبتت وجود ارتباط بين أحداث قريبة (أقل من ستة أشهر) وحدوث النوبة النفاسية .

إن هذه العوامل الاجتماعية ترتبط ارتباطا وثيقا بطبيعة الحالة بالبنية النفسية للفرد وتؤثر عليها . مما يشير إلى الدور الرئيسي الذي تلعبه العناصر النفسية الاجتماعية في نشوء المرض عند وجود الاستعدادات العضوية لذلك .

- العوامل النفسية المرضية

استخلصت الدراسات أن شخصية المريض ثنائي القطب تكون في الحالة العادية قريبة من السواء إلا أنها تتسم بالوسواسية مما يدعم أهمية العامل الإرثي حسب بعض المؤلفين بينما تكون شخصية المريض وحيد القطب شخصية وسواسية مرتبطة مهزوزة قليلة النضج .

تعزو نظرية التحليل النفسي ، الحالة النفسية الموسمية الموسمية الى حالة إحباط نفسي عميق يرجع الى مراحل الطفولة الأولى يسيطر عليه عوز شديد للحب والإشباع وشعور بالإهمال . مما يحدث خللاً نرجسيا فادحاً في السنية النفسية للفرد يعطي للواقع صورة مشوهة تنعكس عاطفياً في لا شعور المريض بأنه عاجز عن الحب وغير جدير به أيضاً . إلا أنه في مرحلة الحرمان الباكر هذا تكون النزعة العدوانية شديدة (لدى الرضيع) بفعل رغبة الحيوية بالتدمير والانتقام وذلك في الطور الفمي - السادي ثم الشرجي - السادي . مما يحدث تثبيتاً وتكوصاً إلى هذين الطورين ويتظاهر ذلك بمشاعر الذنب العميقة واتهام الذات والرغبة بتدميرها .

ونظراً لغياب الصورة الوالدية المثالية لا يتطور أنا مثالي بل تثبت صورة أمومية تنقسم بتكافؤ ضدي لا شعوري (حب - كره ، إرئساط وحاجة - رغبة بالانتقام والتدمير) مما يجعل شخصية المريض مهزوزة مرتبطة قليلة الثقة بالذات يعوزها النموذج المثالي مما يتيح خلال النوبات إنطلاق النزعات الغريزية المقصاة دون حواجز أنوية . . .

III تناذرات همودية ذات إشكالية بالتصنيف .

1 الإكتئاب الانتكاسي (السوداء الانتكاسية)

تعرف السوداء الانتكاسية بأنها تناذر همودي يظهر بعد سن الخمسين لدى شخص لا توجد لديه سوابق مرضية نفسية . لا يترافق هذا التناذر بتنكس أو تراجع عقلي ولا تتخلله نوبات هوسية .

أ - الأعراض السريرية

1 - الأعراض النفسية :

تتجلى بتناذر همودي يظهر عند الشيخوخة ، بعد سن الخمسين . يتميز هذا التناذر بأهمية الحصر والقلق الذين يغشيانه حيث يسيطر الهياج على المريض الذي يكون دائم الحركة والتملل والشكوى كما تغزو مشاعر الذنب واتهام الذات بشكل هذيانات همودية فيسترجع الذكريات والأحداث البسيطة التي يحولها إلى مصائب يحمل نفسه مسؤوليتها فيطلب ويستجلب العقاب ممتنعا عن الطعام ساعيا إلى الموت عن طريق الانتحار إلا أنه بنفس الآن ، يخشى هذا الموت وتتغلب عليه المخاوف المراقية فتكثر الأوهام والشكاوى المرضية لديه فيتوهم أنه محكوم بالموت ، مصاب بالسرطان أو بداء عضال آخر لا شفاء منه . ويضيف إلى عذابه النفسي ، ألما وعذابات جسدية هذيانية ووهمية . وقد تتطور هذه الهذيانات وتتكتف بشكل تناذر «كوتار» الذي يجمع هذيان النفي « مثلا أن أحشاءه تبخرت أو تعفنت أو أن قلبه توقف عن النبضان وهذيان الخلود الأليم : حيث يقتنع أنه محكوم بالحياة إلى

الأبد في عذاب لا يطاق وهذيان اللعنة حيث يقتنع المريض أنه ملعون لذلك فهو مصدر كل المصائب والكوارث الذي تحدث حوله أو في العالم . . .

2 (الأعراض الجسمية :

- يحدث اضطراب في النظام الحيوي للمريض ، فيصاب بأرق معنئ ومتصاعد .

- يشكو المريض من عدة آلام جسمية وحشوية .

- تحدث لدى المريض اضطرابات هضمية تتميز خصوصاً بالقبض ، وينجم عن ذلك النحول والتجفاف غالباً .

ب - التطور :

تطور السوداء الانتكاسية بشكل بطيء وناكس لمدة طويلة ، فتصعب معالجتها ، ويكون الشفاء جزئياً غالباً .

لقد كانت السوداء الانتكاسية موضوع جدل منذ البدايات الحديثة للطب النفسي حيث فصلها « كرايبلين » (1887) في تصنيفه عن الحالات الهمودية الأخرى وافترض أنها تتطور نحو الهته أو الموت إلا أن تلميذه « درايفوس » أثبت بعد عشرين سنة عكس ذلك (1907) حيث تابع تطور المرضى خلال كل هذه المدة ، ووجد أن عدداً كبيراً منهم يشفى ، بينما لا يحدث العته إلا نتيجة لحوادث عضوية وعائية ، أما الموت فغالباً ما ينجم عن آفات عضوية أخرى .

نظراً لأن الهمود الانتكاسي يختلف عن النفاس الهومي الهمودي ثنائي القطب بينما يتقارب مع النفاس وحيد القطب ، نزع عدد من الباحثين إلى إعتبره تنادراً مشتركاً يجمع بين النفاس وحيد القطب والهمود الانتكاسي العصابي (حيث كثيراً ما يتلو صدمات ورضوض نفسية إضافة إلى أثر الشيخوخة وسن اليأس والتراجع الوظيفي الاجتماعي . . .) بينما افترض « فينوكر » وجود نوعين من النفاس الهمودي وحيد القطب : نوع باكر ونوع متأخر ، أما الأعراض النفسية والجسمية (القلق ، القبض . . .) التي تعتبر مميزة لهذا النوع من الهمود ، فإن بعض المؤلفين يعتقدون

أنها تعود في الحقيقة إلى التقم في السن والتكس العضوي والاضطراب الوظيفي وبالتالي فهي لا تشكل خصوصية للسوداء الإتكلمية تتميزها عن أنواع الممود الأخرى .

2 - النفاسات شبه الدورية أو

النفاسات الفصامية - العاطفية الحادة

أ - مفهوم الفصامات ذات الاضطراب المزاجي :

يُسم الفصام عادة في لوحته السريرية بلا توافق وخلو عاطفين بحيث لا يصنف تبعاً لمميزاته الجوهرية ضمن الاضطرابات المزاجية . إلا أن تناذراً همودياً قد يفتح أحياناً اضطراباً مرضياً ذا شكل فصامي أو يتظاهر خلال تطوره . كما أن محاولة الانتحار تكون أحياناً العرض الأول أو العلامة الدالة على تبلور المرض الفصامي وهذه النزعة الانتحارية علامة شائعة في التناذر الهمودي ، إلا أنها تكتسي شكل الغرابة الشاذة في الحالة الفصامية . لذلك طرح التساؤل : هل يوجد بالفعل تناذر همودي في سياق تطور الفصام ؟

كذلك توجد أشكال نفاسية حادة لا نموذجية هزيت إلى الفصام تتسم باضطرابات مزاجية وهياج وإثارة وحالات هذيانية وجمود وعناصر تخليطية تظهر بشكل مفاجيء وتختفي دون أن تترك اضطرابات دائمة .

في سنة 1933 نشر الطبيب الباحث « كازانان » دراسة حول تسعة من المرضى الشباب شاهد لديهم أعراضاً مرضية وتطور يجمع بين النفاس الهوسي الهمودي والفصام ، وأطلق على التناذر للمرضي تسمية : النفاس الفصامي - العاطفي . منذ ذلك الحين وُصفت نفس الاضطرابات النفسية تحت عدة تسميات منها :

- النفاس التنكسي - هوس بل - نفاس فرنيكه المتبدل
- النفاسات شبه الدورية - النفاسات ذات الشكل الفصامي (لانغلند) -

المجمعات الهذيانية - النفاسات اللا غوذجية (ميتسودا) - النفاسات المشتركة .
في سنة 1957 . إبتكر « ليونهارد » تسمية « النفاسات شبه الدورية » وقدم
تصنيفا للنفاسات معتبرا إياها مجموعة إتصالية وهو التالي :

- 1 - النفاسات العاطفية (المزاجية) 2 - النفاسات شبه الدورية
- 3 - الفصامات اللا متكاملة 4 - الفصامات المتكاملة .

وفي سنة 1974 إقترح « برّيس » جمع كلّ الأوصاف والتسميات السابقة تحت
تسمية « النفاس شبه الدوري » كشكل ثالث للنفاس يتسم بالدورية ولا يعزى إلى
سببية محدّدة .

إلا أن عددًا من المؤلفين ظلّ يصنفها تحت إطار النفاس الموسي الهمودي
(أوروبا) بين يصنفها عدد آخر مع الفصام (أمريكا)

ب - السمات المشتركة لهذه الاضطرابات

- 1 - يكون البدء غالباً فجائياً وحاداً
- 2 - تظهر في مرحلة باكرة من الحياة ودائماً قبل سن العشرين .
- 3 - تظهر فيها اضطرابات المزاج واضحة ويتسم بحالات همود وهياج .
- 4 - تحدث فيها أهلاس وأوهام وإهتزاز بالواقع .
- 5 - تشاهد عناصر تخليطية .
- 6 - توجد أفكار إنتحار وموت
- 7 - تكون الهجمة قصيرة الأمد تنتهي بالشفاء .
- 8 - تتعرض الحالة للنكس .

/

ج - معايير التشخيص

أ - المعايير السريرية

- 1 - يحدث البدء دون أسباب خارجية ظاهرة
- 2 - تشاهد أطوار مرضية تتسم بأضطرابات مزاجية يغلب عليها الهياج .

3 - حالة هذيانية مع أعراض جمودية .

4 - تخطيط ذهني متفاوت الشدة .

وهذه المجموعات العرضية قد تترافق أو تتواتر خلال التطور المرضي .

ب - المعايير التطورية

1 - تبدأ الاضطرابات قبل سن العشرين .

2 - تكون دورية وتتبع الفصول : هجمات ربيعية - خريفية .

3 - لا يكون التطور تنكسيا (أو تراجعيا) حيث يعود المريض إلى السواء إثر الهجمة .

4 - يكون المظهر التطوري العام قريبا من الشكل ثنائي القطب من النفاس الهوسي الهمودي .

د - الانذار والسير

يعتبر متوسطا بين الفصام والنفاس الهوسي الهمودي حسب تغلب النمط العرضي ، فيكون أفضل عندما تسيطر الاضطرابات المزاجية .
أجرى العلماء والباحثون عدة دراسات حول العلاقة بين النفاس الهوسي الهمودي والفصام في نشوء النفاس شبه الدوري إلا أن هذه الدراسات تعارضت وتناقضت حسب المدارس الطبية والبلدان وربما يعود ذلك إلى معايير التصنيف والتشخيص واختلافاتها وأخطائها .

- استنتج « كندال » 1969 من دراساته أن الفصام والنفاس الهوسي الهمودي تناذران مرضيان منفصلان .

يرى « زبيكند » 1971 أن الفصام العاطفي قد يتحول خلال تطوره إلى نفاس هوسي همودي .

- استخرج أنفست من إحصاءاته ومتابعته التطور المرضي . أن تناذرا مرضيا بشكل نفاس هوسي همودي يتحول إلى فصام (إحتمال) عند وجود سوابق عائلية فصامية بحتة أما عندما توجد سوابق مختلفة فالشكل الفصامي يظل على ما هو بيما

يتحوّل شكل فصامي همودي إلى نفّاس همودي عند وجود سوابق عائلية
فصامية وفصامية عاطفية (شبه دورية) وهوسيه همودية .

- يلاحظ وراثيا إزدياد نسبة الأطفال الفصامين في عائلات الهوسيين الهموديين
(كامر 1970 ، بول 1973) .

- تفيد أملاح الليتيوم المستعملة في الهوس في المعالجة الوقائية للفصام العاطفي
(المزاجي) .

- تشاهد أعراض فصامية خصوصا جمودية في كثير من الحالات الهوسية .
- أكدت دراسات وراثية حديثة وجود علاقات إرثية بين الاستعداد الوراثي
للإصابة بالفصام العاطفي (المزاجي) والنفّاس ثنائي القطب .

IV الحالات الهمودية نفسية المنشأ . (خارجية المنشأ)

أ - مدخل

لا يهدف هذا العنوان إلا إلى تفريق صريحي بين حالات همودية نفسية ووخيمة وحالات همودية أخرى ، إرتكاسية وعصابية . حيث ، وكما سبق وذكرنا في البحث السابق حول الحالات الهمودية ، لا يزال الجدل قائما ومشتداً حول تصنيف هذا النوع من التناذرات المرضية النفسية وبالتالي حول سببيتها ومنشئها وتداخل العوامل الدأخلية الإرثية والبيولوجية والنفسية البنيوية والإرتكاسية في ألياتها . فتري الفرضية الثنائية أن الهمود باطني المنشأ والهمود نفسي المنشأ اضطرابان مختلفان كيفياً ، إهتماماً على الفوارق الإحصائية بين نوعي الهمود والتي تشير إلى أن نسبة تأثير الوراثة أعلى بكثير في « الهمود الباطني » منها في « الهمود النفسي » إلا أن هذه الإحصاءات والدراسات لا تقدم نتائج وإثباتات حاسمة . بينما ترى الفرضية الأحادية (فرضية المجموعة الإتصالية) أن الهمود تناذر وحيد والاختلاف كمي وليس نوعياً ويعترض البعض على هذه النظرية بأن « الهمود الباطني » يستجيب للعلاج بالصدمة الكهربائية بينما لا يتأثر بذلك الهمود العصبي .

ونحن نرى أن الهمود كمون وأستعداد نفسي مزاجي تتضافر فيه عدة عوامل إرثية عضوية (أي أنه لا توجد مورثة وحيدة تحمل حامل الهمود وتنتقل حسب قوانين الوراثة) وعوامل نشوية نفسية تحدد أسس الشخصية وبنية الأنا حسب تأثيرات المحيط النفسي الإجتماعي والمادي ويعني ذلك أنه لا يوجد شخص منيع على الهمود لأي سبب كان لأن مورثاته لا تحمل هذه الصفة بل إن درجة إستجاباته للدوافع الهمودية (الناجمة عن تفاعل المثيرات الخارجية مع البنية النفسية) تتعلق بكامل بنيته النفسية - الجسمية وديناميكيته وثوراتها من حيث تكاملها كوحدة وجودية تتبلور في

الأنا النفسي - الجسمي .

ولا نعتقد أن الإستجابة للصدمة الكهربائية معيار يؤخذ به لتحديد نوعية التناذر الهمودي . فالصدمة ليست علاجاً نوعياً « للهمود الباطني » بل تستجيب لها أدراكات مرضية نفسية أخرى كالهجمات النفسانية الحادة والدفعات التطورية النفسانية وخصوصاً الفصام الهمودي (ونحن نعلم ما يفترضه البعض من علاقة بين الحالة الهمودية والحالة الهوسية) .

إن آلية تأثير الصدمة الكهربائية غير محدّدة إلى الآن ، إلا أنها تؤثر حتماً على التوازن الشاردي والوسائط العصبية ، في الجهاز العصبي المركزي ، التي تلعب دوراً رئيسياً في تنظيم المزاج لذلك فهي تضطرب في النفاسات الوخيمة خصوصاً المزاجية منها وهذا الإضطراب يحدث تبعاً لشدة الإضطراب ومدته و «نتاجاً» له . بحيث أن الصدمة التي تقوم بالتأثير على الديناميكية الفيزيولوجية لهذه الوسائط تعدّل التوازن المضطرب وبالتالي تعدّل المرضية المزاجية بآلية راجعة بينما لا تؤثر في الحالات الهمودية العصابية لأن الإضطراب الفيزيولوجي لا تصل إلى العتبة التي تصبح قابلة للتأثر ، بمفعول الصدمة الكهربائية ...

ب - خصائص التناذرات الهمودية نفسية المنشأ :

(الأعراض والعلامات العامة)

١ - إضطراب المزاج الهمودي :

حيث يتسم الشخص باليأس والتشاؤم والحزن وفقدان الأمل فيعثر أن حياته مليئة بالعقبات والمصاعب وأنه سار بطريق خاطيء وخسر عدة فرص . يغزو مسؤولية ذلك إلى ظروفه ومحيطه وإلى القدر ونادراً ما يميل إلى إتهام نفسه بل يشعر بالمهانة والعزلة وفقدان إهتمام الآخرين ومبالاتهم .

2 - القلق والحصر الظاهري

يبدو ذلك بشعور بالضييق والعصية والرجفان والاضطرابات الانبانية والشكوى من الام جسمية وحصر نفسي والخوف من الموت والعزلة والمستقبل .

3 - سلوكيات و نزعات إنتحارية :

تكثر المحاولات الإنتحارية إلا أنها تكون أقل « عزما » من المحاولات الإنتحارية في الممود الوخيم . فهذه المحاولات كثيرا ما تدل على مساومة عاطفية ، يستهدف بها الفرد جلب الإهتمام والمطف الذين يحس أنه فقدهما أو تكون صرخة استغاثة بطلبها في يأسه وعزله النفسية . ولا يعني هذا انه يجب الإستخفاف بالسلوك الإنتحاري في الحالات الممودية « الخفيفة » بل يجب التأكد من أن الخطر الإنتحاري قائم خصوصا لدى المسنين والمراهقين والأفراد المنعزلين .

4 - اللجم النفسي الحركي :

يكون محدودا أو غائبا إلا أن الممودي يكون واهنا ، يشكو التعب ويعمل دون متعة أو حماس ، يعجز عن إتخاذ قرارات رئيسية ومواجهة المسؤوليات .

5 - تظهر الأعراض العصبية أو تشتد خلال الحالة الممودية

6 - إشتداد الارتكاس للمحيط

يصبح المريض شديد الحساسية لما يحدث حوله وتجاهه إن سلبا أو ايجابا فيزداد يأسه وتشاؤمه وقلقه وحصره عندما مواجهة فشل أو ضغط من المحيط . بينما يطمئن ويخف اضطرابه ، إن أحيط بالعناية والرعاية ووجد حوله التفهم والمساعدة

7 - تتأثر الاضطرابات بالسمات الخصوصية لشخصية الفرد وتصطبغ بها

تحدث دائما اضطرابات جسمية لدى المريض أهمها :

- الاضطرابات الواسمة للقلق : الدوار الصداع ، الحصر التنفسي ، الخ

- اضطراب النوم : فرط النوم ، النوم الخفيف ، تقطع النوم ، الكوابيس ،

الأرق .

- اضطراب الشهية : القمة أو الشره .
- اضطرابات جنسية : لجم الغريزة الجنسية ، عته الخ ...

ج - تصنيف الحالات الهمودية نفسية المنشأ (أو خارجية المنشأ)

1 - الهمود الارتكاسي :

حالة همودية ترتبط بحدث ، راض نفسيا ، حديث العهد (أقل من خمسة أشهر) تظهر الحالة الهمودية ، غالبا ، إثر أيام من الصدمة التي قد تكون موت شخص قريب أو فشلها عاطفيا أو مهنيا الخ ... وتتميز عن الحزن الطبيعي بشدة أعراضها وامتدادها الزمني . فيكون المريض بحالة من الاكتئاب العميق واللامبالاة فاقدا للمبادرة والإرادة يحمل ذاته ومن حوله لا يابه بحاجياته محتثا عن الطعام قليل الكلام والتعبير والحركة ، لا يقوم بأعماله ووظائفه الحياتية العادية .

2 - الهمود الظرفي :

يرتبط بالظرف الوجودي الراهن فقد يعود إلى هجرة ولا تلاؤم مع الوسط الجديد ، أو إلى عزلة فعلية كالسجن أو إلى ظروف مادية صعبة يعيش الفرد (كما في حالة البطالة) الخ ...

3 - همود الإرهاق :

يحدث لدى الأفراد الذي يتلقون عرصيات نفسية وضغوطاً مستمرة ومتتالية في حياتهم كرجال الأعمال والمسؤولين في المجتمع (إداريا أو سياسيا) والنساء اللواتي يعشن سيطرة زوجية مفرطة وإشكالات أسرية ...

4 - الهمود العصائبي :

يعمل العصائبي عناصر تثبيت ونكوص في شخصيته ، ترتبط برضوض وإحباطات نفسية قلبية ، إلا أنه يبني عبر آليات دفاعه الأنوية توازنات ذاتية وعلائقية هشة ومهتزة بحيث تعتمد بنيته النفسية الديناميكية ، والعلائقية على

منظومة تعويض تحافظ على ما يكفي من تقسيمة لذاته . لذلك كثيراً ما تتدخل أحداث خارجية لتحجبي الصراعات العصابية القديمة وتجعل التوازن والتعويض ينهاران ، مما يؤدي لحالة همودية . ولا ضرورة لأن يكون الحدث المسبب راضاً موضوعياً فهو يكون فشلها عاطفياً أو طلاقاً كما قد يكون نجاحاً مهيناً وترقية إلى مسؤوليات جديدة (لا قبل للعصابي لتحملها حسب «تصوره»).

5 - الهمود الارتكاسي النفاسي :

ينجم مثل الهمود الارتكاسي عن حدث خارجي راض نفسي ، إلا أن الحالة همودية تمتد لأمد طويل . بينما تفقد الحالة العاطفية للمريض ارتباطها بالظرف الراض وتشتد الأعراض لتأخذ صفة وخيمة تتصف بالإكساب الشديد واتهام الذات ومشاعر الذنب التي قد تصل إلى حالة هذيانية ويزداد هنا خطر الانتحار .

د - اضطرابات المزاج العرضية :

وهي تحدث إثر إصابات مرضية أخرى نفسية أو عضوية لا يكون فيها التدفر المزاجي العرض الرئيسي .

(١) الإضطرابات المزاجية : الثانوية (التالية) لإضطرابات نفسية أخرى . تنشأ خلال تطور إضطرابات نفسية أهمها :

- الفصام : حيث تظهر ببدء المرض أو خلال أحد مراحله تطوره بأشكال مختلفة مثل :

● حالات هوسية لا نموذجية تتميز بفقدان الإنسراح والإنسجام والتناغم المعهودة لدى الهوسي بل تتصف بتكافؤ ضدي عاطفي وبرود وآلية .

● حالات همودية لا نموذجية : تترافق مشاعر الذنب والمصيبة بالإحساس بتبدل الجسد والتفكير والمحيط وتأخذ شكل همود هذيانى .

- النفاسات الهذيانية المزمنة .

- الحالات العصابية والشخصيات المرضية :

- الأدمان على المخدرات والكحولية .

- حالات العته والتخلف العقلي .

2 - الاضطرابات المزاجية التالية لإصابات عضوية :

قد تكون الاضطرابات المزاجية العلامة الأولى لبعض الآفات العضوية او تحدث خلال تطورها وتتميز غالبا بحالة تخطيطية همودية . ويجب إذًا التفكير بأفة دماغية أو إنسائية أو إستقلابية . وأندر من ذلك مشاهدة حالة تخطيطية هوسية أو اضطراب مزاجي صريح همودي أو هوسي . وما يصادف أيضا اضطرابات مزاجية لا نموجية كالوهن العدائي وفرط الإثارة والعبوس .
من هذه الآفات :

1 - الآفات العصبية المركزية :

- الحالات العتية والإصابات الوعائية الدماغية .

- داء باركنسون .

- التصكب اللويحي

- الأورام الدماغية

- عقابيل الرضوض الدماغية .

- الصرع .

2 - الآفات الغدية .

- الداء السكري .

- آفات الكظر

- الآفات الدرقية

3 - الآفات الجهازية .

- الذئبة الحمامية المنتشرة .

- التهاب المفاصل العديد المتطور .

- أمراض الغراء .

4 - الأمراض الإثنائية .

- الداء السلي .

- كل الآفات الجرثومية والفيروسية

5 - السرطانات خصوصا منها البكرياسية

6 - الاضطرابات القلبية

7 - كل الآفات العضوية المديدة أو الشديدة .

3 - الاضطرابات المزاجية الناجمة عن الأدوية

١ (المحدثات للهمود

- بعض خافضات التوتر الشرياني كالرزربين خصوصا ، والدوميت ،

- الستيروييدات القشرية .

- مانعات الحمل الحاوية نسبة عالية من البروجسترون .

- الدوبا L - Dopa - الفوانتيدين - البروبونولول - الكلونيدين - الريميفون

- Rimifon

2 (المحدثات للهوس

- تتحول بعض الحالات الحمودية المعالجة بمضادات الهمود أو عند تعاطي

الامفيتامينات ، إلى حالات هوسية . ولذلك لتواجد النفاس الهوسي - الهمودي لدى المريض .

4 - تناذرات الفطام :

عند فطام المدمنين عن الكحول أو المخدرات قد يحدث اضطراب مزاجي همودي قلق وفرط إثارة وذلك يعود إلى فقدان وسيلة الهروب من الواقع والاشكالية الذاتية ، التي كان يمثلها المخدر ، مما يتطلب متابعة المريض بمعالجة نفسية داعمة وإعطاء مضادات همود عند الحاجة .

وتصادف حالات همودية مشابهة عند إتباع أنظمة تخفيض الوزن . وهي كثيرا ما تدخل في نطاق حالة القمه العقلي التي تحدث خصوصا لدى المراهقين .

معالجات الإضطرابات المزاجية

1 - معالجة الهجمة الهوسية .

تتطلب الهجمة الهوسية الصريحة إستشفاء ، المريض حتى يتلقى المعالجة الملائمة ولتتم حمايته وحماية محيطه من عواقب إضطرابه . إلا أن المريض يكون مهتاجا مما يتطلب تهدئته بحقنه عضلية من أدوية مريحة المفعول مثل درولبتان 50Droleptan مغ . ثم يبدأ بعلاج دوائي بالمتبطات العصبية مثل الهالدول Haldol بمتوسط 10-15 مغ عضليا أو عن طريق الفم وتراجع الأعراض تدريجيا بدءا بالهياج والذهيان وانتهاء باستقرار المزاج وتعذكه . خلال ذلك يجب القيام بالفحوص المخبرية اللازمة للبدء بالمعالجة بأعلاج الليثيوم (كاربونات الليثيوم) ويرى البعض تخفيف مقادير المتبطات العصبية ، تدريجيا بينما تبدأ المعالجة بالليثيوم الذي يجب أن تصل نسبته الدموية إلى 0,06-1,10 ميلي معادل / 100 مل دم ، وهذه المعالجة ذات مفعول وقائي .

2 - معالجة الحالات الهمودية .

يجب استشفاء كل المرضى الذين يعانون تناذرا هموديا شديدا أو يخشى من خطر الإنتحار لديهم أو الذين يعانون إضطرابات شديدة عامة أو بالنوم وكذلك المرضى المسنين والذين لم يتحسنوا بمعالجة خارج المستشفى .

- يلجأ للعلاج بالصدمة الكهربائية عندما يوجد خطر إنتحاري كبير كما في الحالات الهمودية الهذيانية والقلقة وفي الأشكال الدهولية والتي لا تخضع للمعالجات الدوائية أو يوجد فيها مضاد إستطباب للأدوية .

تجري الصدمة تحت التخدير العام وباستعمال الشالات العضلية بمعدل ثلاث حصص أسبوعيا . مجموع 6 الى 10 حصص . مع إتخاذ الإحتياطات الطبية المتوجبة .

٢٤١- العلاج الدوائي :

بغلب استعمال الأدوية مضادات الهمود ثلاثية الحلقة التي تعطي نتائج ايجابية في 70% من الحالات .

مثلا في الحالات الهمودية القلقة والمتوترة توصف مركبات ذات مفعول مركن (مهدئ) مثل الاميتر بثيلين : Elavil أو تريبرامين ، سورمتهيل Sumonhl

وفي الحالات الهمودية اللجمية توصف مركبات ذات مفعول منشط مثل ايمبرامين Tofranil ، كلومبرامين : Anafranil أو فرانييل .

يجب الاحتياط لمضادات الاستطباب لمضادات الهمود ومنها :

- القصورات الكبدية والكلى .

- الاعتلالات القلبية المتطورة واضطرابات النظم القلبي .

- التصلب الشرياني .

- الزرق .

- آفات البروستات واحتباس البول .

ويجب الحذر في الصرع ولدى الكحوليين والمسنين .

يعطى العلاج عادة بمقادير متزايدة تصل إلى الجرعة الفاعلة (عموما 150 مغ) خلال أيام يغلب أن تكون عن طريق الفم إلا في الحالات الهمودية الشديدة حيث تعطى عن طريق الوريد (أنافرازيل ، اميتربيلين) ويمكن إعطاء بعضها عن طريق العضل (أيمبرامين ، أميتربيلين) يفضل حاليا إعطاء المقدار الدوائي بجرعة وحيدة قبل النوم ولا يظهر مفعولها الكامل إلا بعد أسبوع إلى ثلاثة أسابيع ويمكن تخفيف الجرعة بعد ذلك .

لا يجب جمع مضادات الهمود مع الباربيتورات أو لاجات المونوأمين أو كسيداز . INO

● توجد مضادات همود أخرى ذات تركيب كيميائي متنوع مثل

Nomifensine, Viloxazine, Mianserin, maprotiline توميفنسين .

- أما مضادات المونوأمين أو كسيداز LMAO فهي أقل مفعولا على الهمود من المركبات الحلقية الثلاثية وتتطلب حذرا واحتياطات أكثر يظهر أثرها بعد أسبوعين

ويدوم لمدة اسابيع بعد ايقاف العلاج من بينها marsilid مارسيليد سرفكتور
Survector .

في كل الحالات يجب مراقبة حالة المريض نفسيا (حيث قد يحدث انقلاب
هوسي للمزاج) وجسديا (الجهاز الدوراني ، الجهاز البولي ، الجهاز
الهضمي ...)

وتكون المقادير المعطاة في الحالات الحمودية الخفيفة (نفسية المنشأ) أقل عموما
من الحالات الشديدة .

في الحالات الحمودية اللاعقودية (لدى الفصامين . .) تترك مضادات
الحمود مع المثبطات العصبية (منشطة : دوجما قيل Dogmatil ، مبتدئة : Noznan
نوزمينان ، Neuleptil نولبتيل) .

- المعالجة النفسية

يجب دائما اشراك المعالجة الدوائية بمعالجة نفسية تتلاءم مع الحالة وخصوصية
شخصية المريض وخلفيته المرضية النفسية فهي تتراوح من معالجة نفسية داهمة
ومعالجة جماعية ، ومعالجة بالاسترخاء حتى التحليل النفسي الكلاسيكي طويل
الأمد .

ويعتقد عدد من الباحثين أن نوعا حديثا من العلاج هو العلاج النفسي المعرفي
المستند إلى النظرية السلوكية والنظرية المنظوماتية ، تحمل تحسنا ملحوظا خصوصا
هند إشراكها بالأدوية .

- المعالجة بالحرمان من النوم

لاحظ العلماء أن الحرمان من النوم يملك الإضطراب المزاجي لدى الحموديين
(الشديدين خصوصا) لذلك اقترح « شولت » و« فلوغ » و« تولي » معالجة متكررة
بالحرمان من النوم وتوصلوا إلى نتائج جيدة .

3 - المعالجة الوقائية للنفس الهوسي الحمودي (المعالجة بالليتيوم) يشكل
تعاطي أملاح الليتيوم (كاربونات الليتيوم) لفترات مديدة اجراءا وقائيا يمنع أو
يخفف النكس المرضي . وهو يتطلب تجنب مضادات الامتطباب (القصور

الكلوي ، القصور القلبي ، الآفات الوعائية الدماغية ، الاضطرابات الشورادية ، الحمل . . .) كما يتطلب مراقبة سريرية ونفسية مستمرة للمريض (خصوصا التوازن الشاردي)

- يبدأ بمجموعات خفيفة مرتين يوميا تتزايد حتى تصل نسبة الليتيوم بالدم إلى 0,60 - 0,80 ميلي معادل/ بالترز . وهي النسبة الفاعلة . يعاير الليتيوم في اليوم الأول والرابع ثم اسبوعيا ثم شهريا تجنباً لوصول نسبته الدموية إلى مقادير سمية .

الفصل

الرابع

الهذيان الحادة

الهجمات الهذيانية (النفاس الهذيان الحاد)

تتصف الهجمة الهذيانية بتظاهر حاد ومفاجيء لحالة هذيانية متعددة الأشكال تنجم عن اضطرابات في الحس والإدراك والوعي والمحاكمة والعلاقة مع العالم الخارجي . تدوم الهجمة أمدا قصيرا لا يتجاوز في أقصاه بضع أسابيع ثم يعود المريض عادة إلى حالته النفسية البدئية .

أطلقت على الهجمات الهذيانية عدة تسميات حسب النظريات المتعلقة بإطارها السريري وسببيتها وتطورها . من هذه التسميات : الزور (البوانويا)

الحاد : « ليسبال » ، التخليط الهذيانى الحاد « كرافتمنغ » (ألمانيا) ، الفصام الحاد « بلولر » (سويسرا) الهذيان التأويلى الحاد : فالنس (فرنسا) .

أما « هنري أي » فهو يدخلها في إطار تفكك الوعي ويسمىها النفاس التخليطي الحلمى . بينما يسميها « جاسيرز » التجربة الهذيانة البدئية معتبرا أنها تعايش بين واقعين الواقع الفعلى وواقع مصطنع يماثل الحلم وينشأ من تأويل باطنى للواقع الخارجى المعاش .

وفي مؤتمر لمنظمة الصحة العالمية سنة 1978 نقض تصنيف المحمات الهذيانة التي نسبت إلى النفاسات الوظيفية ووضعت احتمالات ثلاثة

- 1- أنها شكل من أشكال النفاس الهوسى الحمودى
- 2- أنها شكل متوسط من الفصام والنفاس الهوسى الحمودى
- 3- أو أنها شكل نفاسى مستقل وقائم بذاته

أ - شروط ظهور الهجمة الهذيانة :

تحدث الهجمة الهذيانة عادة لدى فرد مراهق أو شاب ، غالبا تحت سن الثلاثين ، كثيرا ما توجد سوابق عائلية . يكون الشخص هشا الشخصية محدود النضج الانفعالى ، ذا طبع حساس وقلق ، يجد صعوبات بالنهاى والتكيف ، دون أن يكون عصابيا متكاملا ، غالبا من النوع الواهن ، المنطوي ويحمل سمات هستريائية .

كثيرا ما تكون الهجمة الهذيانة ذات علاقة بمرض نفسى إذ قد تحدث إثره مباشرة ، كما في حالات الموت والزواج والولادة والصدمات العاطفية الأخرى أحيانا يسبق الهجمة الهذيانة حالة قلق وتوتر واضطرابات نوم ، إلا أنه يغلب البدء الحاد والمفاجيء للتناذر .

ب - النموذج السريرى الوصفى للهجمة الهذيانة :

- يصاب المريض بهذيان متعلد الأشكال ينشأ بشكل مفاجيء وحاد ، وهو يعيش هذا الهذيان بقوة ولا يبالى بالواقع المحيط به بل يتدمج فوراً ومباشرة في هذيانه

التبدل فيستجيب له بهياج نفسي - حركي وحالات قلق وحصر أو إنتشاء وبهجة .
بينما يضطرب إتصاله مع العالم الخارجي ولا يمكنه نقل تجربته إلى الآخرين .

تكون الآلية الذهنية (تناذر كليرمبو) حاضرة دائما ، فيحس المريض بأن ذهنه أصبح يعمل بشكل آلي مستقل عن إرادته وأن أفكاره وأعماله لا تنتمي إليه ، مما ينشيء حالة من اضطراب الواقع والشعور بفقدان السيطرة على الذات .
تحدث أحيانا أهلاس نفسية - حسية تتميز بكثوتها وتنوعها وقوتها (حسية ، سمعية بصرية ، شمعية) ، وتكثر كذلك الأوهام والتأويلات والاستبصارات الخادعة .

أما مضامين الهذيان فهي كثيرة تغلب عليها المواضيع الدينية والإستعلائية والجنسية والتعقيية .

- يشاهد أيضاً اضطراب مزاجي ينقسم بالتبدل المزاجي السريع لدى المريض الذي ينتقل من حالة إثارة إلى حالة همودية وبالعكس تبعاً لتبدل محتويات هذياناته .
- يضطرب الوعي لدى المريض فيصبح شبه حلمي أو غروبي ويكون إدراك الواقع غائماً بينما يكون الإنتباه إصطفائياً مع فرط يقظة متعلقة بالمحتويات الهذيانية .
إلا أن اليقظة لا تضطرب بشكل عميق كما لا يحدث فقدان حقيقي للتوجه الزماني المكاني . فلا يصل اضطراب الوعي إلى درجة التخليط الذهني

- يحدث ضياع عميق بالشخصية وازدواج هلي ينال وعي المريض بجسده وكما ينال عقله ، حيث يشعر بتبدلات تطراً عليه ويتأثر قوى خفية خارجية على تفكيره وسلوكه .

- الحالة العفوية : قد تكون سوية - ويشاهد اضطرابات بالنوم وأحيانا :
قمة ، إمساك ، إرتفاع حرارة الأشكال السريرية .
تحدد تبعاً لسيطرة إحدى الآليات المرضية النفسية أو إنفرادها في الهجمة الهذيانية .

- الأشكال الخيالية الخادة :

يكون نشاط المريض النفسي غنيا بالخيالات والقصص الخرافية التي يتكرها دون توقف وهي غالباً ما تتمحور حول موضوع ديني أو جنسي . تشاهد هذه الأشكال لدى الشخصيات المستريائية والمتخلفين عقلياً .

- الأشكال التأويلية الخاصة :

تكتسي طابعاً إنفعالياً شديداً ، يبنى فيه المريض هذياناته المتعلقة غالباً بالغيرة أو الإساءة على تأويل الأحداث الخارجية .

- الأشكال الهلسية الخاصة

حيث يسيطر تناذر التأثير (الخارجي) والأهلاس السمعية الكلامية .

ج - الأسباب والأشكال السببية :

تنشأ الهجمات الهذيانية غالباً إثر رضوض نفسية أو جسدية خصوصياً العصبية منها وكذلك لدى الشخصيات الهشة البنية . لذلك خلال الفحص النفسي للمريض لا بد من معرفة كيفية نشوء الهجمة والأحداث التي سبقتها والسوابق الشخصية والعائلية والإرثية للمريض وكذلك العناصر المرضية في بنية شخصيته .

1 - النفاسات الهذيانية الخاصة ما بعد الرضفة والتالية لإضطرابات عضوية تعود خصوصاً إلى كل عناصر الإصابات الدماغية (الرضوض ، الإثانات ، العوامل الدوائية والسمية ، الإصابات الوعائية والإضطرابات الغذائية والإستقلابية) . وهي غالباً ما تتسبب بتناذرات تخليطية حلمية ، إلا أنها قد تؤدي أيضاً إلى هجمات هذيانية شبه حلمية خصوصاً في حالات الإدمان على المخدرات .

2 - النفاس التالي للولادة :

يعود خصوصاً إلى الرض النفسي أكثر منه إلى الرض الجسدي المرافق للولادة ويرتبط ببنية شخصية المرأة . ولا يوجد إلى حد الآن تصنيف محدد لهذا النوع من النفاسات .

تحدث 75٪ من الحالات النفاسية التالية للولادة خلال الطور الباكر عقب الولادة (أي خلال ستة أسابيع) .

تشاهد سريرياً حالة تخليطية - هذيانية مع الأعراض التالية :

- إضطرابات بالوعي تتراوح من الإندهاش حتى تبلد الذهن .

- إضطرابات عاطفية عميقة

- هيجان قلق

- أعراض همودية مع خطر الانتحار أو قتل الوليد
- هذيانات يتمحور موضوعها غالبا على الولادة والعلاقة بين الأم والطفل
(إنكار الحمل ، الولادة ، شعور هذيانى باللنب ، هذيانات تعقب تتعلّق بالوليد)
ويكون التطور المباشر لهذا النفاس حسنا غالبا .

3 - الهجمات الهذيانية ذات المنشأ النفسى أو الارتكاسى تحدث هذه
الهجمات إثر رض نفسى محدّد وتكتسى صبغة إنفعالية شديدة . وينشأ هذا
الارتكاس لدى أفراد يتسمون «بامتداد هذيانى» وضعف إنفعالى عميق ينال من
المقاومة النفسية أمام عوامل الحصر والحرمان الشديدة .
4 - التجارب الهذيانية البدئية :

هجمة هذيانية حادة مفاجئة لا ترتبط بأي عمل خارجي أو سوابق مرضية
معدّة وهي الأكثر مشاهدة ، تحدث غالبا لدى أفراد يعانون تخلفا عقليا أو ضعفا
بالشخصية يهينهم للإيحاء ، يحملون سمات هستيرية سلبية - ارتباطية أو لدى
سيكوباتيين وملجمين وشبه فصامين ، ويتفاوت الإنذار هنا بشدة من فرد لآخر

ب - تطوّر الهجمات الهذيانية :

1 - تُشفى 30 - 50% من الحالات وهي تلك التي تعقب رضاً نفسيا خارجي
المنشأ وتبرز بشكل حاد مفاجيء وشديد وتترافق باضطرابات مزاجية هامة وغالبا
ما تسبقها بعض الاضطرابات النومية (أرق) فهي تتمثل غالبا في هجمة وحيدة قد
تعقبها بعد الشفاء طور من الوهن .

2 - التطور الدوري : 40 - 50% من الحالات :

ويأخذ نموذجين

أ - نكس الهجمة الهذيانية ذاتها أما يسمى «الهذيان الحسوفى» حيث تتكرّر
الأطوار الهذيانية بينما تتخللها مراحل طويلة من الهدوء والمجوع .

ب - تحوّل الهجمة الهذيانية إلى شكل نفاسى موسمي همودي في 7% من
الحالات . يحدث ذلك غالبا لدى أفراد شباب (حول 20 سنة) وعندما تغلب
الصفحة المزاجية في الهجمة الهذيانية .

3 - التطور الفصامي :

تعطيه الإحصائيات نسبة 15 30٪ ، يحدث هذا التطور إثر هجمة وحيدة أو عدة هجمات وتشير بعض العلامات إلى هذا التطور منها : التفارق ، الإيمائية المصطنعة والغريبة ، غرابة محتوى الهذيان تشوه صورة الجسد .

4 - التطور إلى أشكال شبه فصامية وإلى قصام مزاجي .

5 - التطور إلى هذان مزمّن .

تطور نادر يحدث لدى أفراد مسنين (تجاوزوا الأربعين) وتأخذ أشكالا مثل الهذيان الزوربي والنفاس الهلسي .

هـ - الإنذار :

أ - عناصر الإنذار الحسن :

- البدء الشديد الحدة للهجمة الهذيانية

- وجود عوامل محدثة خارجية هامة

- أهمية الاضطرابات المزاجية خلال الهجمة .

- غياب سوابق عائلية فصامية .

- وجود شخصية ذات بنية شبه مرضية غير فصاموية

- التحسن السريع بفعل العلاج .

ب - عناصر الإنذار السيء :

- البدء تحت الحاد للهجمة

- وجود عناصر مرضية تسبق الهجمة خلال أشهر أو سنوات تتمثل في

اضطرابات سلوكية ومحاولات إنتحار وإنطواء وصعوبات تكيف واتصال .

- يكون المضمون الهذيانى أقل ثراء وتنوعا ويتركز حول مواضيع تعقبية

ومراقبة دون موقف ناقد من المريض إثر انحلالها وبقاء شحنة عميقة من القلق تجاه

تكمّل الذات مما يشير إلى إحتال تطور تفككي .

- يكون التطور مديدا قبل الفحص الطبي

- وجود سوابق عائلية فصامية

- وجود علامات تشير إلى شخصية فصاموية
ويجب الإشارة إلى أن عناصر الإنذار هذه لا تحمل إلا قيمة ترجيحية إذ قد
يحدث تطوّر إيجابي إثر علامات سيئة والعكس صحيح .

و - المرضية النفسية للهذيان الحاد :

يقارب الباحث «هنري أي» الهذيان الحاد من جانب ظواهره فيعتبره تفكّكاً
بالوحي حيث يحدث اضطراب بالإدراك وتشوّه لبنية الزمانية - المكانية للعلاقة بين الأنا
والعالم الخارجي فيقع تداخل واضطراب في التمييز بين المحسوس والمعاش الراهن
وبين الحياة النفسية الباطنة . بحيث يلتبس الذاتي والموضوعي . ويرى «مرلوبونتي»
أن الهوية الأنوية تضطرب بحيث يعيش المريض أفكاره وأحاسيسه الباطنة المضطربة
وكأنها قادمة من العالم الخارجي ، وبما يؤدي إلى الإزدواجية الهلسية والآلية الذهنية
(النشاط الذهني اللاإرادي) فيبدو وكأن الوظيفة النفسية الخيالية قد فاضت على
العالم الخارجي وغمرته .

كذلك قام فولن (1963) بدراسة حول الحالات شبه الحلمية التي تدخل
ضمنها الهجمة الهذيانية ، فأشار إلى أن المريض يتميز بشخصية هشة يصعب عليها
التكيف بشكل سوي ، لذلك فهي تقوم ببناء «شخص» أو «شخصية تشيلية» تغلف
الأنا وتقنعها وتحميها فتوفر لها تكيفاً غصاً . إلا أنها تكون متناقضة مع الحقيقة
العميقة للشخصية الأصلية بحيث تنهار هذه «الشخصية المصطنعة» عندما تنضب
إمكاناتها أمام موقف يحمل شحنة إنفعالية شديدة أو عند فقدان معايير الاستقرار
العاطفي (كفقدان عاطفي ، أو طلاق أو تغير بالمحيط الثقافي الاجتماعي) . إذاً
تدخل السية النفسية العميقة في حالة فزع وتحاول التخفيف من الفزع والحصر عبر
الهذيان العديد الأشكال إما بالانفعال عن الواقع الخارجي واستبداله بواقع هذيان
باطن . وإما بتغيير الشخصية المصطنعة وتبديلها ، لكن دون دعائم كافية
ومستقرة . مما يلتقي مع نظرية التحليل النفسي التي تعتبر الحالة الهذيانية دفاعاً ضد
القلق والحصر وترجع الهجمة الهذيانية إلى العلاقة الأولى بالموضوع . . .

ز - التشخيص التفريقي :

- يجب تفريق الهجمة الهذيانية عن الحالات التالية :
- عن التخليط الذهني حيث توجد عناصر تخليطية واضطراب أشد بالوعي ولا توجّه وأعراض عضوية هامة .
- عن حالة هوسية حيث يكون العنصر المزاجي متغلباً والبدء حاداً عادة بينما يكون الاضطراب للمزاجي في الهجمة الهذيانية عند بروزه متبدلاً وغير مستقر .
- عن الحالات الغشائية والحالات الغيائية المستبريائية حيث لا يدوم الاضطراب إلا ساعات أو أيام ويكون الحصر فيه أقل حدة كما يحدث إثره وهل (فقدان ذاكرة) كما تتواجد عناصر شخصية هسريائية .
- عن نماذج نوبية صرعية حيث قد تشاهد حالات حلمية وضباع شخصية ويشاهد اضطراب بتخطيط الدماغ الكهربائي .
- عن إحتداد هذيانى يحدث خلال تطور حالة فصامية .

ن - المعالجة :

- تستهدف المعالجة إجهاض تطور الهجمة الهذيانية ومنع النكس والمعاودة وتتبع الخطوات التالية :
- ١ - الإستبقاء بالمستشفى وهو الإجراء الغالب والأفضل وتندر المعالجة بالمنزل .
- ٢ - البحث عن مسببة محدثة ومعالجتها (إستجواب المحيط ، الفحص السريري ، الفحوص للثمة .
- ٣ - تصحيح حالة تجف عتلة .
- ٤ - المعالجة الدوائية :
- تستهدف تهدئة الحصر وكبح الحالة الهذيانية ويبدأ بالطريق الوريدي ثم تستمر المعالجة عن طريق الفم .
- توصف مثبطات عصبية كالحا لدول 10 - 15 Haldol - 15 مغ ١ - يوم ويمكن إشراك هالدول ونوزينان Nozinan .

ومن الأدوية الفعالة في الهذيان الحاد : دوغماتيل Dogmatil وهو يعطي بمقادير 600 مع ايوم حقنا عضليا . ويجب مراقبة الآثار الجانبية .

وبكثير ، عندما ينحل الهذيان ، أن يعقبه طور وهني همودي يتطلب المعالجة بمضادات الحمود وخلال ذلك يتم تخفيف مقادير المثبطات العصبية أو إيقافها . تستمر المعالجة من ستة اشهر إلى سنتين . وتوصف المعالجة بالليثيوم عندما تتكرر الهجمات مع بروز الإضطراب المزاجي .

ولا يلجأ الى المعالجة بالصدمة الكهربائية إلا عند فشل المعالجة الدوائية طوال أسبوعين على الأقل .

٥ - المعالجة النفسية .

تستهدف خلق جو من الثقة والأمن والطمأنينة لدى المريض وإعطاءه عناصر ثبات يعتمد عليها في إسترجاع ثبات شخصيته ، ثم يتم تحليل المحتويات النفسية الهلوسانية وبحث روابطها مع الأحداث والصدمات المهمة ومع التجارب والصراعات القديمة والراهنة مع توجيه المريض حسب بنية شخصيته بما يساعده على بناء عناصر ثقة وإنسجام في ذاته وقدرات تكيف واقعي مع الخارج .

الفصل الخامس

التأذرات الفصامية.

التأذرات الفصامية (السكيز وفرنيا)

١ - لمحة تاريخية حول إشكالية التصنيف

منذ بدايات إرساء الدعائم الأولى للطب النفسي الحديث ، كان فصل الفصام كوحدة مرضية منعزلة ، إشكالا تطوّر عبر التاريخ ولا يزال قائما إلى حدّ الآن .

في سنة 1857 وصف الطبيب النفسي الفرنسي «هورل» تناظرا مرضيا نفسيا يصيب صغار السنّ (المراهقين خصوصا) ويتّبع تطورا وخيما . . . وأطلق عليه تسمية «العته الباكر» واعتبره نتاجا لتتّكس لإثني . في 1874 فصل الطبيب النفسي الألماني

«كوهلبوم» التناذر الجمودي كوحلة مرضية مستقلة . وكان قد بدأ دراسة الهبقرنيا (الخبل العقلي - خبل البلوغ) سنة 1863 وأستكملها تلميذه «هيكير» الذي فصل هذا التناذر ، معتبرا إياه نفاسا شاييا سنة 1871 . في سنة 1891 وصف الطبيب النفسي الروسي «كور ساكوف» حالة نفسية ذات بدء حاد وتطور وخيم أسماها «الديسنويا» ، بينما قدم الطبيب الفرنسي «هانيان» وصفا دقيقا للحالات الهذيانية المزمنة التي يتطور بعضها الى تنكس نفسي شامل وخيم «العتة المتبلدة» .

ثم قام الألماني «كرايبلين» سنة 1898 بجمع خبل البلوغ (مورل - هيكير) والتناذر الجمودي (كوهلبوم) والعتة الزوراني (مانيان) تحت تسمية «العتة الباكرة» مرجعا سببيتها إلى اضطراب استقلابي . فهي تحدث لدى صغار السن وتتطور نحو العته . إلا أن الأبحاث اللاحقة أثبتت أن هذه التناذرات لا تنتهي دائما بالعته بل تتبع تطورات متباينة كما لا تنحصر بشكل مطلق في صغار السن . مما زعزع تصنيف كرايبلين الذي ينطلق في منهجيته من طبيعة الطور الإنتهائي للمرض النفسي . إذ أن 13٪ من هذه الحالات تشفي ، مما يفصلها عن الحالات الأخرى .

في 1911 إنطلق الطبيب النفسي السويسري «بلولر» من منهجية مختلفة في دراساته للتناذرات النفسية الموصوفة بالعتة الباكر ، فأعتمد على معايير الأعراض والتطور والأمراض النفسية وانتهى إلى إستنتاج أن الاضطراب الرئيسي في هذه التناذرات يتمثل في الانفصام (أو التفكك) النفسي ، وأقترح إطلاق تسمية خاصة عليها ، إبتكرها هي : «السكيزوفرينيا» (أي الانفصام الذهني) وظلت هذه التسمية معتمدة إلى حد الآن ، إلا أن حدودها ومضامينها تختلف من بلد لآخر ومن مدرسة طبية إلى أخرى .

درس «بلولر» الأعراض الفصلية من منظور ديناميكي وقسمها إلى غطين : الأعراض البدئية المتبلورة في التفكك النفسي - الذهني والتي اعتبرها مميزة للفصام والأعراض الثانوية (التي لا تميز الفصام ولا تقتصر عليه وهي الاضطرابات العاطفية والأهلاس والهذيانات الخ . . . ورأى «بلولر» في العنصر العرضي المعيار الرئيسي لتحديد المرض .

ساند الباحث «شاملان» بلولر» في وجهة نظره وأدخل مفهوم «التمازق» كمفهوم وصفي رئيسي في الفصام . بينما توصل «كلود» إلى ضرورة الفصل بين وحدتين مرضيتين مختلفتين ومستقلتين هما «العتة الباكر» الذي ينجم عن اضطرابات عضوية والفصام الذي ينجم عن تطور مرضي للشخصية . أما الألماني «كور تشنايدر» فقد إعتد سنة 1940 في دراسة نشرها على مفهوم «كرتشمير» الذي إعتبر أن الفصام يمثل مجموعة إتصالية (تواصل) مع الحالة السوية . . وهو تظاهر مرضي لآليات نفسية تتواجد بشكل كامن لدى كل فرد . إلا أن المدرسة الأنغلو- سكسونية أعادت في المتسينات ، الإعتبار إلى هذا المفهوم وساندته .

كذلك برزت المفاهيم الديناميكية النفسية للفصام وأشارت إلى أهمية العوامل الخارجية والإرتكاسية في نشوء الفصام . كما أن الدراسات الاجتماعية الواسعة أثارت إحتال تدخل العناصر الثقافية - الاجتماعية في الآليات الفصامية . بينما لفتت الدراسات الإرثية النظر إلى فرضيات إنتقال الفصام بشكل وراثي . . .

لكن كل هذا الجدل حول التصنيف والسببية لم يحسم بعد . ولا يزال مفهوم الفصام مختلفا تبعا للبلدان والمدارس . حيث أنه متسع الدلالة في ألمانيا والمناطق الأنغلو- سكسونية خصوصا الولايات المتحدة ، حيث يشمل تشخيص الفصام ما يقارب نصف مرضى المستشفيات النفسية . بينما هو أكثر تحديدا وإنحصارا في مناطق أوروبية أخرى خصوصا منها فرنسا ، حيث لا يتجاوز تشخيص الفصام ربع نزلاء المستشفيات النفسية . . .

وبائيات الفصام :

الفصام مرض نفسي يتظاهر لدى صغار السن ، غالبا في أواخر المراهقة وبدايات الكهولة . فهو يظهر في 50٪ من الحالات بين سن الخامسة عشرة والخامسة والعشرين ، وفي 75٪ من الحالات قبل سن الخامسة والثلاثين يصيب الجنسين بالتساوي ، إلا أن بعض الدراسات الإحصائية تشير إلى أنه يظهر بشكل أكثر تبكيرا لدى الذكور المتوسط : حوالي الرابعة والعشرين ، أما لدى الإناث حوالي الثامنة والعشرين) كما أن الفصام الزوراني أكثر مصادفة لدى الذكور .

ينشأ الفصام لدى ما يقارب 1٪ من مجموع السكان .
تبلغ نسبة الفصامين من نزلاء المستشفيات النفسية من الربع إلى النصف
حسب معايير التشخيص . ويشير إحصاء سوفياتي إلى أن الفصامين يمثلون 20٪
من المرضى الذين يتلقون علاجا خارجيا مديدا (في المستوصفات النفسية العصبية)
وثلاث الذين يدخلون المستشفى بسبب اضطرابات نفسية حادة وثلاثي نزلاء
المستشفيات النفسية ، المزمنين .
ويورد إحصاء فرنسي لسنة 1980 أن 26000 مريض فصامي يقيمون
بالمستشفيات وهم يمثلون 25٪ من المرضى الفصامين الذين يتلقون معالجة (مجموع
سكان فرنسا : خمسين مليونا) .

II الدراسة السريرية للتأذرات الفصامية

أ - دراسة التأذرات العرضية العامة

أبرز التصنيف الأمريكي الحديث (DSM III) أربع تأذرات عرضية رئيسية
هي :

- التأذر الانفصامي (التفككي)
 - تأذر الانطواء (أو الانغلاق) الذاتي
 - التأذر الزوراني
 - التأذر الجمودي (وقد وضع على حدة) .
- بينما حاول بعض الباحثين استخراج الاضطرابات الرئيسية المميزة التي
تشارك في الظهور بشكل متباين خلال الطور الفاعل واللفصام وهي أساسا :

- 1 - اضطرابات في سياق التفكير وشكله ومضمونه
- 2 - اضطرابات عاطفية .
- 3 - اضطرابات حركية
- 4 - اضطرابات بالإدراك

5 - اضطرابات بالإرادة

6 - اضطرابات مزاجية

7 - اضطرابات هذيانية غير ثابتة

8 - اضطرابات سلوكية .

1 - التناذر التفككي :

يعتبره بلولر جوهريا في الفصام وهو يمثل سريريا تفكك كامل الحياة والنشاط الذهني والنفسي - العاطفي والعلائقي والسلوكي . فتقسم الحياة النفسية وتظاهراتها بالغرابة والتباين والتناقض .

أ - اضطرابات الوعي بالذات وبالمحيط

تنال من هوية الشخص النفسية والجسدية ، فينمو لديه شعور بالتجزؤ والتقطع وإحساس بالغرابة وبضياع الشخصية واضطراب الواقع وتنشأ لديه شكوك حول الأشياء المحيطة به وأنه الجسدي فيكثر من التأكد من سلامة جسده ومراقبة نفسه في المرآة (علامة المرآة) . وقد يصل به الحد إلى رهاب تشوه الجسد ، حيث يقتنع بشكل عميق بأن جسده يحمل تشوها قبيحا ومنفرا وقد يلجأ إلى طلب عمل جراحي تجميل .

تترافق هذه الاضطرابات بحالة قلق وحصر وقد تدخل ، في الأزمات الحادة ضمن عرضية هجمة هذيانية . . .

ب - اضطرابات التفكير .

لا تعني اضطرابات التفكير هذه تنكسا في الملكات الذهنية بل تتمثل في اضطراب التداعي العكري وتربط الأفكار ، بحيث يصبح المريض عاجزا تقريبا عن استثمار معارفه . وتظهر هذه الاضطرابات بعدة علامات وأشكال يطلق عليها في مجموعها تسمية «الهزع العصبي» ومنها ثبات الأفكار حيث يحدث جمود فكرة وحيدة وترددها في ذهن المريض ورتابة التفكير . - الوباء الفكري أو التفكير الطفيلي حيث تطرق ذهن المريض أفكار غريبة عنه ويعتقد أن هذه الأفكار آتية من الخارج - تجزؤ

التفكير وفقدان الرابطة المنطقية في سياقه - تشوش السياق الفكري ونقطته : الحاحز الذهني - الخمول الفكري - اللا توافق الفكري الإنفعالي .

ج - إضطرابات اللغة :

تنال هذه الإضطرابات اللغة المنطوقة والمكتوبة وكل وسائل الإتصال اللغوي ، سواء في شكلها أم في مضمونها ، وقد تصل إلى الانقطاع الكامل للاتصال مع العالم الخارجي (الانغلاق الذاتي) ويصبح الفهم مستحيلا مع الآخرين . فيستعمل المريض لغة خاصة ويصبح عاجزا عن إتباع قواعد النحو والصرف ، ويلجأ إلى الاختزال الكلامي والمحاكمة المرضية والمنطق المجانب كما يمارس إختلاق الكلمات (التجديد الكلامي) والتعابير والتعريف الكلامي ، فيصبح حديثه غامضا ومبهما ، يتبع منطقا داخليا يصعب أو يستحيل على الآخرين إدراكه . وفي مراحل متقدمة من الفصام قد يصبح التناج اللغوي للمريض جمجمة لفظية جوفاء .

د - الإضطرابات العاطفة :

تحمل الحياة العاطفية للفصامي تناقضا حادا ، حيث يبدو وكأنها تزهر وتثري في الباطن النفسي للمريض ، بينما تنحسر وتتقلص في الخارج لتصبح فقيرة معدمة . إذ يتراجع لديه التعبير العاطفي ويشعر المريض بأن أحاسيسه العاطفية تندثر في ذاته . كما يلاحظ المراقب غياب العلامات المعهودة للمشاركة العاطفية ، فيصبح صوته رتيبا ويخلو وجهه من التعابير والإيماءات . كما لا يتعاطف مع الآخرين ولا يبالي بما يحدث حوله . إلا أن ذلك لا ينم عن الانفجار في إنفعالات غريبة ومتناقضة مع الواقع (كان يناله الغضب عند تقديم هدية إليه أو أن يتهيج عند سماعه نبأ وفاة أحد من يحبهم) ويعود ذلك إلى تواجد النزعات الإنفعالية لدى المريض بشكل بدائي والمتبلورة في مشاعر الحب والعلوان إذ بفعل فكوس شديد لا يحدث تكافؤ ضدي متوازن يحسم عبر الصراعية النفسية السوية لمصلحة الأنا وانسجام الشخصية مع محيطها بل تنفصم هذه المشاعر وتصبح تيارات نزوية غير منتظمة قد تتزامن معها كانت متعارضة . . .

يلاحظ أيضا التناقض بين حديث الفصامي أو الموقف أو المشاعر التي يعبر

عنها وسماه وجهه وذلك ما يسمى التفارق .

2 - تناذر الانغلاق الذاتي :

كان «بلولر» أول من ابتكر مفهوم الانغلاق الذاتي . وهو يشير إلى إنقطاع الاتصال مع العالم الخارجي وبناء عالم داخلي مغلق وذلك عبر تحويل العلاقات مع المحيط . فمن خلال آليات النفي والإسقاط يحاول المريض إسبطن العلاقة بالموضوع بتعزيز بنياته النرجسي المتخاذل مستهدفا التخفيف من القلق والحصر الذين يعيشهما في علاقاته مع المواضيع الخارجية ، ومنع نزوات الحب والعدوان التي تعبر عن التجزئة الأنوي ، فيستبدلها بذاته كموضوع شهواني ويغلب القيم الذاتية على القيم الموضوعية ويشوه الواقع ، منغلقا في مناهة استيهاماته أو حتى هذباته ، منعزلا خارج الزمن في مكان لا يمكن لحاقه إليه بحيث يختبئ خلف الانغلاق والاندثار النفسي ، نشاط ذهني ونفسي ونزعات عاطفية إنفعالية ، تترك أهلا للمقاربة العلاجية .

3 - التناذر الهذيان الزوراني :

يعتبر الهذيان محاولة لإعادة ترتيب العلاقة مع العالم الخارجي تستهدف مقدومة التفكك . لذلك تتداخل النزعات النفسية والصراعات البدائية في تشكيل الهذيان وتحمله بالدلائل الرمزية . كما أنه يكون دائما مشحونا بالقلق والحصر .

يكون الهذيان الزوراني غير متظم ، غائبا ومشتتا ، لا منطقيا ، يصعب وصفه وتشارك فيه مواضيع هذة بشكل مختلف .

وقد حدد «كورت شنايدر» مجموعة من الأعراض ذات المقام الأول في التناذر الزوراني وهي :

- 1 - الالتقاط السمعي للأفكار (قراءة الأفكار)
- 2 - أهلاس سمعية تتمثل في أصوات تتحدث فيا بينها
- 3 - أهلاس سمعية تتمثل في تعليقات على أعمال المريض

4 - أحاسيس جسدية «مفروضة» من الخارج

5 - سرقة الأفكار

6 - أفكار مفروضة من الخارج

7 - إنتشار الأفكار

8 - الإدراك الهذيانى

9 - أحاسيس ومشاعر مفروضة أو موجهة

10 - نزعات مفروضة أو موجهة

11 - إرادة مفروضة أو موجهة

وتدخل معظم هذه الأعراض في نطاق الآلية الذهنية ، وتظهر هذه آليات هذبية كالإسنتاح والتأويل والتصورات الخالية ذات المضمون المجرد. أما مواضيع الهذيانات فهي متعددة الأشكال متمحورة حول التعقب والعلاقة (حيث يربط المريض كل الأحداث الخارجية بدلالة تتعلق به) . وكذلك هذيانات العظمة والتأثير والهذيانات الدينية والشهوانية والمرافية .

ترافق هذه الآلية في الحياة النفسية بأهلاس نفسية (أهلاس مشبهة) وهي ثابتة الوجود بينما تقل الأهلاس الحسية . فتغلب الأهلاس السمعية وتشاهد إضطرابات هلسية لسمية وحسية حشوية (تبدلات بالأعضاء والأحشاء ، توقف القلب الخ . . .)

يخضع التناذر الهذيانى للمعالجة بالمشبطات العصبية أفضل من الأشكال العوزية (التكسية) كما أن الهذيانات محاولة لربط العلاقة مع العالم الخارجى لذلك فهي تهيم مدخلا للمعالجة النفسية .

4 - التناذر الجمودى :

وهو أحد الأبعاد الفصامية التي تعبر عن التفارق ويشمل مجموعة من الإضطرابات النفسية الحركية والعاطفية تتظاهر بالأعراض التالية :

أ - السلبية النفسية الحركية :

حيث تظهر علامات السلبية ورفض الاتصال فيخفي المريض رأسه تحت يديه

ويمتنع عن الكلام ويتجنب النظر الى الآخرين ويرفض الطعام ويتخذ سلوكيات معارضة .

ب 2 - الجمود النفسي الحركي :

يفقد المريض المبادرة الحركية وقد تتداخل أحيانا سلوكيات آلية ومقلدة :
الإيمائية المتناقضة : إطاعة آلية للأوامر ، التقليد الإيمائي الصدى اللغوي
(تقليد الكلام) الصدى الحركي (تقليد الحركات) .

ج 3 - النمطية :

سلوكيات أو حركات أو كلمات ثابتة ومتكررة : فيشاهد التكرار الكلامي
النمطي ، حركات إيمتزازية دائبة للجسد أو أحد الأعضاء ، دعك رتيب للجسم
الخ ...)

د 4 - التيبس الجمودي :

حيث يتخذ المريض وصفية متيبسة ، ويقاوم كل محاولة لتغيير هذه الوضعية أو
حملة على الحركة . وتشير الحركات المنفعلة إلى وجود مرونة تسمية لدى المريض .
فهو يتخذ وضعيات جامدة طوال ساعات دون أن تتم عنه حركة . أو يستلقي رافعا
رأسه في الفراغ طوال الليل وكأنه على محلة وهمية .

هـ 5 - التخشيب (الجمدة) :

يمثل العرض السابق ويتظاهر بانقراض وضعيات غريبة وتجميد الجسد في
حركات لم تكتمل وتتطلب جهدا كبيرا (كرفع اليد أو الساق والبقاء بنفس
الوضعية ...)

و 6 - الإيمائية الشاذة (أو المجانية) :

حيث تفقد الإيمائية دلالتها السرية فتتسم بتناقضها مع الموقف كما تتحلل

تعبير الوجه حركات غريبة وتكشير وتكون الحركات التعبيرية والإشارات مصطنعة وآلية ومقلدة .

ز 7 - نوبات فرط الحركة :

وهي هجمات حركية مفاجئة دون محرضات خارجية ، تأخذ شكلاً نزوياً عنيفاً لكنها تبدو متسمة غالباً بالبرود والنعمية وكثيراً ما تكون عدوانية تصل إلى تدمير الذات أو الاعتداء على الآخرين . كما تشاهد هجمات لفظية تتميز بتكرار البذاءات والشتائم .

ن 8 - اضطرابات إنباتية واستقلالية :

تتمثل في اضطرابات حركية وعائية وإفرازية ووذمات) وتشاهد خصوصاً في الحالات الشديدة من التبلد الذهني الجمودي .

يكون الإتصال مستحيلاً مع المريض إلا أن الحياة النفسية النشطة تستمر في باطنه خلف الجمود الظاهر .

5 - الإضطرابات السلوكية :

- يحدث لدى الفصامي عند بدء تظاهر المرض ، فقد إرادة ولا مبالاة وخمول فيتراجع في أنشطته الدراسية والمهنية ويتقلص علاقاته ومشاركته الاجتماعية والأسرية فتنشأ لديه لا واقعية جزئية أو كلية . تعززها أحياناً سلوكيات غريبة ومتبذلة ومشاريع وأعمال سطحية وغير هادفة .

- كذلك تعتبر السلوكيات الانتحارية احتمالاً قائماً وثابتاً لدى الفصامين

ب - أشكال البدء

١ - أشكال البدء الحاد :

أ - حالة هياج (هوسي) :

تأخذ شكل تناذر من النمط الهوسي إلا أن حالة الإبتهاج تكون ميكانيكية تنسم بالصرير . ولا يكون المزاج عفوياً كما يتميز بالألم . كما توجد أحيانا عناصر تسمح بتمييز الهجمة الفصامية عن الهجمة الهوسية ، كالحصائص الإيمائية والتعبيرية للفصام التي تشير إلى نوع من التفارق .

ب - حالات همودية :

يتسم البدء الهمودي الحاد للفصام بأحاسيس بالغرابة وأفكار التعقب وتتميز عن حالات الهمود الأخرى بتمحورها منذ البدء حول موضوع محدد .

ج - حالات تخليطية حلمية :

قليلة المصادفة ويصعب تمييزها عن التخليط الذهني .

د - حالات هذيانية حادة :

حيث تتطور 25% من الهجمات الهذيانية إلى الفصام .

2 - أشكال البدء البطيء أو الخفي :

تكون مراجعة العيادات النفسية متأخرة في هذه الأشكال .

أ - البدء بشكل عصامي كاذب (أو شبه عصامي)

يجب تفرقه عن أزمة المراهقة السوية . . . يكون القلق حاضرا بشكل دائم

ولا يمكن السيطرة عليه بآليات المناورة والتكثيف العصائية المعروفة (بإسقاط القلق على موضوع محدد وتجنب هذا الموضوع للتخلص من هجمات الحصر والقلق) .
 فتظهر سلوكيات شبه رهابية (أو رهابية كاذبة) رهاب المواقف ، الرهابات الاجتماعية ، سلوكيات التجنب ، (حيث أن منشأها يتأتى غالبا من أفكار العلاقة) .
 ويرتبط الحصر بتمثيلات ذهنية أخرى كالخوف من حدوث كوارث عامة .
 - تحدث أيضاً تظاهرات وسواسية مرتبطة بتصوّرات مثالية . كأن يكثر الشخص من الإغتسال بهدف «تطهير الذات» وأفكار روحانية ودينية وفلسفية إحترازية وهي تأخذ شكلا غمظيا وميكانيكيا و«هندسيا» .
 - فرط تعبير وإيمائية ، مبالغة في المظاهر وسلوكيات متناقضة وبرود وصمت .

- أعراض هستريائية تصبغ العلاقة مع المحيط تأخذ شكل نوبات وتسم بالتمطية والبرود ويميل المريض إلى فضح عيوب محيطه وإشكالاته بشكل عدائي وعاصف . تكثر أيضاً مشاهدة الإضطرابات الغذائية المتناوبة كالقمة والشره .

ب - البدء بشكل مراقبي :

يحدث لدى فرد يبدى إهتماما مفرطا بجسده ووظائفه ، فيناله القلق على وحدة هذا الجسد وشكله وهويته ويشعر بأن صورته الجسدية مضطربة مختلة ، وتظهر علامات أولى لضباب الشخصية ورهاب التشوه الجسدية . فيقتنع المريض بقبحه وينفور الآخرين منه أو يتشوه أحد أعضائه ، مما يدفعه أحيانا للجوء إلى طلب الجراحة التجميلية التي لا تأتي بعجوى . بل قد يشتد الحصر ويتسرع سياق ضباب الشخصية . كما تنال هذه الإهتمامات القلقة الأبعاد الجنسية ، فيقتنع المريض (الذكر ، أو الأنثى) بأنه حامل أو أن أعضائه الجنسية تضمر أو تندثر أو أنه يفقد هويته الجنسية .

كثيرا ما يتعلق القلق حول الوظائف الجسدية بالجهاز الهضمي فيحدث قبض كاذب واضطرابات يتسرها المريض بانسجيمات غذائية . كما أنه قد يلجأ إلى أنظمة وطقوس غذائية معقدة . وتشاهد أيضا سلوكيات قمهية خصوصا لدى الفتيات .

ج - أشكال البدء الخفي الأخرى .

توجد عدة أشكال بدء خفية أخرى تتظاهر بعلّة أعراض وعلامات وسلوكيات منها :

- تراجع للردود الذهني والعملي : حيث يفضل المريض في دراسته أو مهنته بينما كان قبل ذلك فردا ناجحا ولامعا .

- إنحسار الاهتمام ببعض الأعمال والأنشطة التي كان يميل إليها المريض (كالرياضة ، والمطالعة والموسيقى ...)

- سلوك لا واقعي وتبدلات بالطبع : كاللامبالاة وإهمال الذات والمسؤوليات العدائية تجاه المحيط خصوصا الأسرة ، المزاج العبوس ، الانطواء والانعزال عن الآخرين ، الابتزازات الفكرية الغاضبة ...

- اضطراب السلوكيات الاجتماعية : كالانضمام إلى المجموعات الهامشية والمنعزلة اجتماعيا (كالمجموعات الشاذة والمنحرفة ...) والإلتحاق بالمدمنين على المخدرات .

- إهتمام مفاجيء بالأديان والسحر والفلسفات الروحية والإلتحاق بالمجموعات التي تمارس بدعا وطقوسا شاذة . كما يتمحور تفكير المريض وتمثلاته حول هذه المواضيع .

ج - الأشكال السريرية :

١ - الفصام الزوراني :

هو الشكل السريري الأكثر ثراء على مستوى الأعراض ، حيث تشترك فيه اضطرابات في العاطفة وبمجرى التفكير وحالة هذيانية زورانية ، بأساليب متفاوتة . غالبا ما تبدأ بطور هجمات هذيانية حادة ، ثم يزمن الهذيان تدريجيا ويفقد تعبيريته ليصبح جامدا غمليا ويتغلغل في معتقدات المريض ومحاكمته . بحيث تتزع مقاربه للواقع إلى التجريد والذاتية . يكون الهذيان الزوراني وصقيا للفصام من

حيث أنه غير منتظم أو منحرج في بنية معنية ويكون غائبا مشتتاً دون مواضيع رئيسية ثابتة ويميل في تطوره إلى الإقتنار وتزايد الغموض والأههام مشيراً إلى سياق الإنغلاق الذاتي . أما مضمونه (كالتعقب ، التأثير ، السحر ، الغيرة التبدل الجسدي . . .) فلا يحمل ميزات خاصة .

٢ - خبل البلوغ (الهفريتيا) :

يُسم خبل البلوغ ببدء باكر وخفي غالباً . يكون فيه الانفصام شاملاً وشديداً وتسيطر عليه أعراض التراجع الذهني (اللا واقعية ، إنحسار الاهتمامات ، اضطراب العاطفة) ويكون التفارق بارزاً في كل المظاهر النفسية الحركية . أما الهديان فيكون غائباً أو هزئياً .

يكون تطور خبل البلوغ وخياً ويأخذ أحياناً شكلاً شبه عتحي . وهو صعب المعالجة ، لكن لا يمنع ذلك أن تشاهد حالات تحسن مفاجئة لدى بعض المرضى .

٣ - الجمود الفصامي (أو الجمود الخبلي) :

يمثل تشاركاً بين مظاهر التراجع الخبلي الذهني والعلامات الجمودية . وينال التفارق ، خصوصاً ، التعبير النفسي الحركي من وضعيات وإيمائيات تصنعية ومواقف سلبية ومعارضة ونمطية سلوكية وحتى التحشيب الشامل . نادراً ما يكون التناذر الجمودي مزمناً ونهائياً بل يتظاهر غالباً بشكل هجمات دورية متفاوتة التراجع .

٤ - الفصام شبه الخبلي :

يأخذ مظهر وهن نفسي (إستثارة ولا إستقرار) ويتطور طبقاً لنمط سيكوباتي تسيطر عليه النزوات وإضطرابات الطبع والسلوكيات المعادية للمجتمع (التشرد ، العنف ، الغش والتزوير . . .) و يترافق بتراجع ذهني وسلوكيات غريبة وغير متكيفة . كما تتخلله هجمات هذيانية ونوبات جمودية واضطرابات مزاجية ومحاولات إنتحار واستهلاك مفرط للمخدرات والمسكرات .

يشاهد هذا الشكل لدى الذكور أكثر منه لدى الإناث .

هـ - الأشكال الصغرى :

أ - الفصام البسيط :

يحدث لدى أفراد يحملون شخصية فصاموية ، يتطور المرض بشكل حفي وبطيء لدى فرد مطور ومنعزل قليل الاهتمامات والأنشطة والعلاقات الاجتماعية مترددا لا ينزع إلى المبادرة حاملا عاطفيا وتعوزه العفوية والقدرة على التعبير الانفعالي .

يحدث لدى المريض نوع من التصلب العاطفي والذهني التدريجي البطيء وغرابة في الأطوار وبرود عاطفي وفراغ مزاجي وتخلله مراحل من اللا واقعية ، بينما تنتظم حياته بشكل نمطي وطقسي . ويبدو بشكل حالم أو عبوس .

يبقى هؤلاء المرضى متكئين لفترات طويلة وتنذر مراجعتهم للعيادات الطبية . إلا أن هذا الشكل قد يتطور إلى شكل أكثر حدة أو ثراء وقد تتخلله هجمات هذيانية .

ب - الفصام العصبي (العصاب الكاذب) :

وصف «كلود» هذا الشكل منذ 1924 وأسماء «سكيزوز» (جمع بين سكيزوفرنيا وفروز أي عصاب) وظل يمثل إشكالية تشخيصية منذ ذلك الحين سواء على مستوى طبيعته أم على مستوى تفريقه عن العصابات الشديدة والحالات الحدودية . وأسماء بعض المؤلفين «الفصام الكامن» و«الفصام المجهض» .

تتشارك في الشكل أعراض فصامية بدئية ومحدودة (اضطرابات التفكير والتجريد والحيرة العامة) وأعراض عصابية ثانوية مختلفة يسيطر عليها القلق .

تتميز هذه الأنماط الفصامية بأهمية الاضطرابات العاطفية ، وحيث يكون المريض مفرط الحساسية والارتكاس وتتسم استجاباته بالتناقض والتعدد أمام نفس الموقف متقلبة من البرود واللامبالاة حتى الانفجار الغاضب والعدائي .

بينما يشاهد لدى بعض المرضى تطور ثري للحياة الحلمية والخيالية التي تغزو كامل النشاط النفسي وتتغلغل في تفكير المريض الذي يتشبه بها ويتوقع أن تتحول كم استيهاماته إلى حقيقة بشكل سحري .

تكون العرضية العصابية متنوعة فتشمل - أعراضا وسواسية تتغلب عليها وتوجهها أفكار التأثير (كأن يقوم المريض بترديد أبيات شعرية محددة لمنع دخول أفكار غريبة إلى ذهنه) وتشاهد سلوكيات قهرية (كجمع الأحجار ، أو القطع المعدنية وترتيبها أو جمع أدوات غريبة كأكليل القمامة ، أو الثياب البالية . . .) - وتشاهد أعراض شبه هستيرية نفسية خصوصا (كالتبرج والحالات الغروبية أو حالات الغياب واضطرابات الطبع والهذر واختلاق القصص) إلا أن كل هذه التظاهرات تكون مبهمه غريبة وصعبة الفهم كما أن النزعات العزيمية تكون أكثر ظهورا .

- كما تتظاهر عرضية رهابية لا نموذجية تتميز بالانتشار والتعدد وتتصل بأفكار العلاقة والتأثير وتأخذ شكل رهابات موقفية واجتماعية . إلا أن سلوكيات التجنب قليلا ما تنجح في التخفيف من الحصر مثلما يحدث في الرهابات العصابية .

تتداخل الأعراض الفصامية والعصابية وتظهر بشكل فسيكسائي ويكون المريض محدود الانفصام تتطور الاضطرابات لديه بشكل هجمات «فصامية هوسية» تحتد فيها الأعراض النفسانية . بينما يكون يتبع نشاطه النفسي عادة نمطا شبه عصائري . يعتقد بعض المؤلفين أن هذا الشكل ينجم عن توقف مبكر لتطور نفسي فصامي سواء بتأثير علاج نفسي مبكر أو لأسباب أخرى بينما تميل المدارس النفسية الأمريكية إلى تقريبه من مفهوم الحالات الحدودية .

٦ - أشكال خاصة أخرى :

أ - الشكل الندي :

وهو شكل يبدأ بأعراض فصامية تفارقية ثم ينتظم طبقا لنمط زوري أو عصائري .

ب - الشكل ذو البدء المتأخر :

شكل يتظاهر بعد سن الستين ويشاهد بنسبة أعلى لدى الإناث . تكون التظاهرات الانفصامية هامة فيه كما يتميز دائماً بوجود حال هذيانية مزمنة .

III تطوّر التظاهرات الفصامية

نشرت حديثاً ثلاث دراسات واسعة وشاملة من أهمها دراسة «بلولر إلان» والتي تعلقت بـ 278 حالة فصامية تمت متابعتها خلال ثلاث وعشرين سنة . ودراسة ألمانية دامت إثنين وعشرين سنة وشملت 502 مريضاً حدثت لديهم تظاهرات عرضية فصامية وهلسية وهذيانية حادة ومزمنة . واستخلصت هذه إستنتاجات هامة منها :

أ - تحديد أنماط البدء :

يعتبر البدء حاداً عندما تتكامل اللوحة السريرية للفصام خلال فترة لا تتجاوز ستة أشهر . يحدث هذا النوع من البدء لدى ثلاثة أخماس ($\frac{3}{5}$) المرضى . ويمكن مشاهدة اضطرابات نفسية غير وصفية خلال متوسط ثلاث سنوات ونصف قبل بدء الهجمة الفصامية لدى هؤلاء المرضى .

ب - أنماط التطوّر :

١ - نمط تطوّر مزمن ومستمر تدريجي ويشاهد لدى ثلث إلى نصف المرضى .
٢ - تطوّر بشكل أطوار متقلّبة ومتلاحقة . ويتسم كل طور ببعض الخصائص العرضية .

٣ - نمط تطوّر بشكل هجمات تتخلّلها فترات هجوع تتراجع فيها الأعراض الرئيسية والحادة . بينما تظلّ بعض الأعراض الحفيفة بشكل متفاوت .

ج - الحالات الإنتهائية :

تعتبر حالة فصامية إنتهائية الحالة التي تظل فيها اللوحة السريرية ثابتة ومستقرة خلال فترة لا تقل عن خمس سنوات .

١ - الحالة الإنتهائية الوخية :

تنال خمس إلى ربع المرضى (20 - 25٪) : حيث يُفقد النشاط الاجتماعي والذاتي بشكل كامل ، وتنعدم وسائل الإتصال العادية (اللغة خصوصا) ويتطلب المريض البقاء الدائم بالمشفى والعناية به وبحاجياته الحيوية .

٢ - الحالة الإنتهائية المتوسطة :

تتطلب حالة المريض غالبا الإقامة المديدة بالمستشفى إلا أنه يكون قادرا على الإتصال بمحيطه وتكون الوظيفة اللغوية سليمة لديه (في شكلها) كما يظل قادرا على القيام ببعض الأعمال والأنشطة . وتشمل هذه الحالة ربع الفصامين .

٣ - الحالة الإنتهائية الخفيفة :

تشمل ربع إلى ثلث الفصامين (25 - 33٪) ، يظل المريض قادرا على الحياة بشكل مستقل ويحافظ على أنشطة وعلائق إجتماعية مقبول كما لا يحتاج إلى الإقامة الإستشفائية .

ومن خلال هذا التقسيم نستنتج أن نصف الحالات الفصامية تتطور تطورا حسنا .

عناصر الإنذار الحسن للفصام :

توجد عناصر سريرية وتطورية تشير إلى حالات فصامية يغلب فيها احتمال التطور الحسن وأهمها :

- البدء الحاد للإضطراب وقصر فترة الهجمات .
- أهمية العناصر المزاجية في اللوحة السريرية .

أما الأعراض التي تشير إلى تراجع وتنكس ذهنيين فهي تبني عادة بإنذار ونخيم .

د - الوفيات لدى الفصامين :

استخلصت الدراسات أن نسبة الوفيات لدى الفصامين أعلى قليلاً منها لدى مجموع السكان العام . ومن أهم أسباب هذه الوفيات :

- الأمراض والآفات العضوية ويلاحظ أن نسبة الإصابة بالسلسل أعلى لدى الفصامين من للعنك العام .

- الانتحار الذي يحدث في كل مراحل المرض بما في ذلك أطوار التحسن (العرضي) .

- الأسباب المرتبطة بالعواقب الالامباشرة للمرض (كالإنسهم بالمخدرات ...) .

- حالات الجمود الحبث الذي ينتهي بالوفاة كما تشاهد حالات موت مفاجيء دون أن يكشف التشريح المرضي عن أية أسباب عضوية .

IV عناصر تشخيص التناذرات الفصامية ومعايره :

يعتمد التشخيص الإيجابي للفصام على معايير سريرية ، فلا توجد فحوص مخبرية أو مقاييس موضوعية ثابتة . بحيث يرتبط التشخيص إلى حدما بتقييم الطبيب النفسي وخبرته ومفهومه للفصام . كما أن هذا الاختلاف يبرز أيضاً بين البلدان والمدارس الطبية النفسية . هذا وحتى على مستوى التقسيم والتصنيف الداخلي للتناذرات الفصامية ، فإنها ليسا إلا مرجعا تقييمياً إذ أن لوحات التناذرات تبدل قليلاً ما يظل نفس الشكل ثابتاً . كما تندر مشاهدة لوحات سريرية خالصة بل غالباً ما يحدث تشارك بين عدة أنماط من الاضطرابات . لذلك وجدت عدة أشكال صعب تصنيفا وسعي إلى البحث عن معايير سريرية موحدة بين مختلف الاتجاهات الطبية النفسية . ورأى بعضهم الإعتماد على الاختبارات النفسية .

أ - المفاهيم والمعايير التشخيصية القديمة :

كان «كرايبلين» في أواخر القرن الماضي وبدايات هذا القرن يعطي الأهمية الرئيسية في التشخيص - لتطور الاضطرابات المرضية .

أما بلولر (1911) فدرس الفصام من زاوية العناصر المرضية النفسية واستخرج أعراضاً أساسية وأعراضاً ثانوية . فقسم الأعراض الأساسية إلى أربع مجموعات :

- 1 - اضطرابات التداعي الفكري والنفسي : الانفصام ، اضطراب وعشوائية وتناقض التداعيات الفكرية ، النمطية الفكرية والتعبيرية ، الفراغ الفكري الخواجز الفكرية .

- 2 - الاضطرابات العاطفية : الفراغ العاطفي ، اللامبالاة واللامبالاة استجابة العاطفتين ، المزاج المتناقض والغريب .

- 3 - التكافؤ الضدي : تظاهر إرتكاسات إنفعالية متعكسة (حب ، كره ، عدوانية) .

- 4 - الانفلاق الذاتي : التوجه نحو خلق واقع وعالم داخليين وفصم العلاقات مع المحيط والعالم الخارجي .

تعرض أسلوب «بلولر المعتمد على المنشأ الأمراض النفسية» (والذي استخدم نظريات فرويد ويونغ في الديناميكية النفسية) للنقد ، واقترح الألماني «كورت شنايدر» في 1939 الاعتماد على العلاقات الواسعة للفصام لتمييزه وينطلق هذا المعيار من تواتر العرض وصفاته فاستخرج سلسلة من الأعراض والعلامات ذات المقم الأول (وهي السلسلة التي سبق سردها في هذا الفصل) .

وقد إستلهم تصنيف منظمة الصحة العالمية ICD هذه المعايير التشخيصية واعتمد عليها في دراسة نموذجية صدرت سنة 1970 .

ب - المعايير التشخيصية الحديثة :

إعتمد معظم الباحثين والمؤلفين المحدثين في دراساتهم للفصام المعايير العرضية والمعايير التفريقية مع الاضطرابات النفسية الأخرى ومن بينها :

أ - معايير «فلانتر» - «سانت لويس» :

تقسم هذان العالمان المعايير التشخيصية إلى ثلاث مجموعات :

● المجموعة الأولى : تطوّر يزيد في إمتداده على ستة أشهر .

- اضطرابات تكيف نفسية إجتماعية - غياب حالة تخلف عقلي .

● المجموعة الثانية : - اضطرابات هلسية - هذيانات

- اضطرابات مجرى التفكير وشكله ومحتواه .

● المجموعة الثالثة وتشمل أعراضا وعلامات ملحقة :

- مريض عازب - تكيف سيء - سوابق فصامية عائلية - غياب إدمان على

الكحول أو المخدرات - نوعية البدء .

ب - التصنيف الأمريكي DSMIII (1980)

تعتمد المعايير التشخيصية في هذا التصنيف المعروف على خمسة محاور :

الأول : المحور التناذري (الاضطرابات الوصفية) ، الثاني : محور تقييم

اضطرابات الشخصية ، الثالث : محور العوامل العضوية للمشاركة الرابع : محور

العوامل المحدثة أو المسرعة للإضطراب ، الخامس محور التكيف النفسي

الإجتماعي .

ومن بين المعايير التشخيصية للفصام الواردة في المحور الأول .

- غياب تناذر همودي أو هوسي - سن البدء أقل من خمس وأربعين سنة .

- غياب تخلف ذهني أو اضطراب عقلي عضوي .

ج - الاختبارات القياسية النفسية :

وهي عامل مساعد للتشخيص . ومنها :

١ - اختبار الشخصية متعدد الأطوار لمينسوتا MMPI

هو اختبار يتضمن خمسين سؤالاً ذات أجوبة إختيارية تستهدف

التوصل إلى تشخيص نفسي (الأجوبة نعم أولا) ويتم تقييمها عبر عشرة سلاليم

(مقاييس) سريرية هي :

- 1 - المراق (توهم المرض) .
- 2 - الهستيريا .
- 3 - الذكورة - الأنوثة .
- 4 - الهمود .
- 5 - السيكوباتيا (الإنحلال النفسي) .
- 6 - الوهن النفسي .
- 7 - الزور (البارنويا) .
- 8 - الهوس .
- 9 - الفصام .
- 10 - الانطواء الاجتماعي

وتوجد سلاليم (مقاييس) صدق ، تستهدف كشف الكذب والخطأ والإجابات العشوائية والتزييف .

في الحالات الفصامية يشاهد إرتفاع في منحنيات الفصام والوهن النفسي والزور والهوس ..

2 - إختبار رورشاش :

إختبار إسقاطي يعتبر رئيسيا بالدرجة الأولى في الفصام ويتيح التشخيص المبكر للمرضى .

توجد عدة أنماط لتحليل نتائج الإختبار ومن المعايير التي يعتمد عليها - تلاؤم الشكل الموصوف مع الشكل الحقيقي - تطابق الإجابة مع الإجابات الشائعة - مضمون الإجابة (وصف بشري ، حيواني نباتي) - وصف جامد أو حركي . وكان رورشاش إهتم بالخصائص الشكلية للإجابات وإهتم بأربع نواحي - عدد الإجابات وعدد مرآت رفض الإجابة - درجة شمول الإجابة للشكل والحركة واللون أو إنحصارها في أحدها - شمول الإجابة للشكل ككل أو تجزئته - الوصف العام للشكل يكشف الإختبار عن العلامات الواسعة للفصام لدى 50% من المرضى ومن أنماط إستجابات الفصامين :

- إستجابات تجريدية مبشرة ومجزأة
- إستجابات ذات طابع عقلنة مرضية
- إهمال تناظر الشكل .
- إدماج الذات في تأويل الشكل . . .

_____التشخيص التفريقي وإشكالاته_____

١ - التفريق عن الهذيان المزمنة :

- التفريق عن النفاس المجانب (البارافرينيا)

تكون الهذيان في هذا التناذر منهجة ومنظمة طبقا لواقع زائف وهي تتمحور دائما حول التعقب والعظمة الخرافية ويكون المريض منسلخا متكيفا مع الواقع فيما عدا ما يخص منظومته الهذيانية .

٢ - التفريق عن «الفصام المزاجي» :

- يكون الحصر فيه هاما .

- تشاهد اضطرابات مزاجية همودية أو هوسية

- تبدل سماته وتظاهراته من شخص لآخر .

- تكشف ظروف وعوامل مباشرة محدثة للبدء المرضي .

- تتضمن الأفكار الهذيانية محتويات مزاجية وعاطفية

- يكون تطوره دوريا ويشابه النفاس الهوسي الهوسي

- يستجيب للمعالجة بالليثيوم .

لا يزال هذا التناذر إشكالية في التصنيف والتشخيص وقد سبق أن طرحنا هذه الإشكالية في فصل الاضطرابات المزاجية .

3 - الفصام والشخصيات المرضية :

يعتقد بعض الباحثين أن الفصام سياق مرضي مستقل ولا يوجد تواصل بينه

وبين الحالات السوية أو حالات اضطراب الشخصية ، إلا أن «كرتشمير» وتتبعه في ذلك بعض التيارات الحديثة ، يؤكد أن الفصام وكل الأمراض النفسية هي إحتداد لاضطرابات قائمة بالشخصية .

يوجد غمطان من الشخصية يرتبطان بالحالة الفصامية هما :
- الشخصية الفصامية (وردت في بحث الشخصيات المرضية) .
- الشخصية ذات السمط الفصامي : وهي تحمل أعراضاً مرضية نفسية لا تؤثر على تكيف الفرد العام إنما تسم بعض نواحي سلوكه بالغرابة والشذوذ أو اللا منطقية (كأن يعتقد بأن لديه حاسة سادسة ويستخرج منها إستنتاجات واقعية ، ويكون غمط تفكيره متعلقاً بالحزافات والسحر والتأثير) ويعتقد البعض أن هذه الحالة تمثل الشكل الأخف من الفصام .

4 - الفصام والحالات الحدودية :

تمثل الحالات الحدودية إشكالية كبرى في التاريخ الحديث للطب النفسي حيث يتباين تشخيصها ويتراوح تصنيفها من شخصية مرضية إلى حالة عصابية شديدة إلى حالة فصامية إلى تناذر مرضي نفسي قائم بذاته .

حيث أن الأعراض في هذا الاضطراب متعددة الأشكال فهي عصابية كالقلق والحصر المنتشر والحالات الوسواسية والرهابية والمراقبة ، إلا أنها غير متكاملة ومنظمة ولا تمتص القلق . كما تظهر سمات مقاربة للخصائص النفاسية ، إذ لا يتحمل الحدودي الحصر فينتقل بسهولة إلى الفعل . كما يكون نشاطه الخيالي ثرياً جداً وتكثر لديه الإبتهايمات العدوانية ويبدى لا إستقراراً وضعفاً انفعاليين شديدين .

يرى المحللون النفسيون أن أنا الحدودي تكون ضعيفة النضج بحيث تكون أليانه الدفاعية غير سوية ودون فعالية ، وتأخذ نمطاً نفاسياً يتظاهر بانشطار متضاد في النزعات التي تتواجد بنفس الوقت (مثل الكره والحاجة إلى الحماية . . .)

يبخس الحدودي من قيمته الذاتية بفعل نزعته المثالية المرضية ، بحيث يسعى لا شعورياً إلى بديل خارجي يتلقى أحاسيسه العنيفة تجاه ذاته فيلقي بمشاعر الكره إلى

مواضيع خارجية بآليات إسقاطية يمكن أيضاً أن يثير لديه أفكار التعقب . كما أن آلية النفي (أو الإنكار) تسمح له بإلغاء الواقع الذي لا يمكنه تحمّله .

كان البعض يرون في الحالة الحُدودية شكلاً أدنى من الفصام بينما يعتبره «برجريه» المحلل النفسي والذي إبتكر تسمية الحالة الحُدودية ، تناذراً مرضياً نفسياً مستقلاً . أما الباحث الفرنسي «فيلدوشيه» فيرى فيه تطوراً شبه نفسي للعصاب ، لذلك يعتقد بأنه يمكن مقارنته علاجياً بأسلوب تحليل نفسي على شاكله الحالات العصابية .

_____ فرضيات السببية والمنشأ المرضي للفصام _____

لا تزال إشكالية منشأ التباينات الفصامية قائمة رغم الدراسات والبحوث المجرأة في ميادين مختلفة كالتحليل النفسي وعلم النفس الاجتماعي وعلم الأعراق (الانتولوجيا) وعلم الاتصال البشري وعلم الوراثة وعلم الحياة (البيولوجيا) .

قدّمت كلّ هذه العلوم نظريات لتفسير الفصام أو فهمه . وغالباً ما لا تتعارض هذه النظريات بل هي تقارب الفصام من أبعاد وزوايا مختلفة . ومنها ما يدرس الفصام من خلال تفهم سياقه وتطوّره وآلياتها .

الناذج التفسيرية للفصام :

أ - النظريات العضوية والبيولوجية :

١ - النظريات الوراثية :

من خلال فرضيات وبحوث ودراسات وإحصاءات امتدّت هذه عقود أصبح الدور الأثري في نشوء الفصام مقبولا ومؤكداً .

ومن بين أنماط هذه الدراسات :

أ - الدراسات العائلية : التي أثبتت ارتفاع نسبة الأطفال الفصامين لدى العائلات ذات السوابق الفصامية . قالوا ستعداد العام للفصام يقارب 1٪ بينما يصل

4,4% عند والدي طفل فصامي ، و8,8% عند وجود إخوة فصامين ، و12% وعندما يكون أحد الوالدين فصاميا ، و36,6% عندما يكون كلا الوالدين فصامين وقد إعترض بعض الباحثين بأن عامل المحيط الأسروي يتدخل في إرتفاع نسبة الفصام في أسرة معينة بشكل يبدو وراثيا لذلك لجيء إلى نواع آخر من الدراسات يحاول تجديد العامل المحيطي ومن بينها :

ب - دراسة الأطفال بالتبني :

حيث تعتمد هذه الدراسة على معيارين : العائلة الأصلية والعائلة بالتبني . وأشارت الإحصاءات إلى أن ، في حالات الأطفال الفصامين ، نسبة السوابق الفصامية : لدى عائلات التبني تكون 9% بينما تكون 51% لدى العائلات الأصلية .

كما لوحظ ، في عائلات تبني ذات سوابق فصامية أن نسبة الإصابة بالفصام لدى أطفال تحمل عائلاتهم الأهلية سوابق فصامية تصل إلى 20% بينما تصل إلى 11% لدى أطفال تخلو عائلاتهم الأصلية من السوابق الفصامية .

ج - دراسة التوائم :

تصل نسبة توافق الإصابة بالفصام لدى توائم مختلفي الإمشاج إلى 11% بينما لا تتجاوز 60% لدى التوائم الحقيقيين (متجانسي الإمشاج) .

ويثبت هذا الحد الأعلى -60% - أن الوراثة ليست العامل الوحيد المتدخل في نشوء الفصام إذ لو كان الأمر كذلك لوصلت نسبة توافق الإصابة بالفصام لدى توأمين متماثلي الإمشاج إلى 100% .

ويقترح باحثون حاليا نموذجاً أحادي المورثة ، ذات صفة مهيمنة واختراق (تظاهر) جرثي لدى متماثلي الإمشاج . أما الإضطراب المتقل وراثيا فلا يزال مجهولا ويرى البعض أنه إضطراب عضوي ينال بنية الجهاز العصبي المركزي .

٢ - خلال الفحص بالتصوير الطبقي المحوري ، للجهاز العصبي المركزي لوحظ وجود توسع في الشقوق الدماغية وتوسع بالبطينات إلا أن هذه الاضطرابات غير وصفية وتتبدل تبعاً للعمر .

٣ - النظريات الانتانية :

توجد نظرية تقول بالسببية الفيروسية للفصام الذي تعزوه إلى اضطرابات خلوية تنجم عن دخول الفيروس (الحمى الراشحة) . وقد أجريت دراسة استخرجت علامات مناعية دموية لدى سبع وأربعين فصامياً تشير إلى وجود حمى راشحة بطيئة . ويدعم أنصار هذه النظرية رأيهم بحدوث حالات جمودية حادة (تمائل الجمود الفصامي ، إثر الالتهابات الدماغية الفيروسية) .

٤ - النظريات الحيوية الفيزيولوجية :

برزت في الخمسينات نظرية (أوسموند) وتقول بوجود اضطراب حيوي كهاوي يتمثل في نزع ميثيل الكاينيكولامين لتصبح مستقبلات سامة تمثال في فعلها وبنيتها المسكاليين وهو مركب مهلس . إلا أن كشف مركبات من هذا النوع بالرحلان الكهربائي في البول ، لا يحمل سمة وصفية وليس ثابتاً
أما حالياً فتسود نظريتان أساسيتان .

أ - نظرية فعل الدوبامين

أشارت بعض الملاحظات التجريبية إلى أن الأمفيتامين الذي يحرر الدوبامين يزيد الحالة الفصامية شدة وتنشط الهذيان الزوري الذي يميل إلى الإزسان أما المواد الكابحة للدوبامين (المثبطات العصبية) فهي تحسن الأهلان والهديان . لذلك تقدم « شتاين ووايز » في 1973 بفرضية تقترح وجود اضطراب في المنظومة الدوبامينية الدماغية يؤدي إلى نشوء مادة سامة للدماغ إلا أن هذه الفرضية تحمل ثغرات وتعرض لكثير من النقد .

ب - نظرية فعل الأندورفين :

وهي أكثر حداثة ، يوجد ثلاثة أنماط من الأندورفينات : ألفا : α وبيتا : β وغاما : γ . فتحدث الاضطرابات الفصامية نتيجة لاختلال التوازن بين الأندورفينات الثلاث وخصوصا لاضطراب تقويض الأندورفين غاما .
وأشارت التجارب على الحيوان إلى أن تراكم الأندورفين B بيتا يؤدي إلى الحالة الجمودية . بينما يؤدي تراكم الأندورفين ألفا α إلى لوحة سريرية زورقة .
هذا ولا يوجد تعارض بين النظرية الاندورفينية والنظرية الدوبامينية .

ب - النظريات النفسية والاجتماعية

1 - النظرية الثقافية الاجتماعية :

يرى « كوبر » ، وهو من رواد المدرسة المضادة للطب النفسي (أطباء نفسيون منشقون ان الاتجاه التقليدي) أن الفصام إنعكاس لنمط التنظيم السياسي الاقتصادي لمجتمع معين ويقول بوجود مجتمع منتج للفصام وهو مجتمع مضطرب يحمل درجة عالية من التوتر والامتلاب ، إلا أنه ينكر مرضيته ويحاول التخلص منها (بدل معالجتها) بتحميلها لعدد من الأفراد الضحايا (أكباش محرقة) يدفعهم إلى المرض حتى يتاح له عزلهم عن المجتمع . ومن البراهين التي يستخدمها هذا التيار - تبديل اللوحة العرضية للفصام حسب الوسط الثقافي - العرقي

- ندرة الفصام في بعض المناطق وللمجتمعات (أفريقية) وغيابه تماما في بعض الاثنيات كقبائل « البانتو » الإفريقية - أن الدراسات الطبية القديمة لم تورد وصفا يقارب الفصام ولم يتم ذلك في أوروبا إلا بدءا من القرن التاسع عشر .

وقد أجرت منظمة الصحة العالمية دراسة نموذجية دولية استمرت خمس سنوات ومسحت ثمانية دول هي : الدانمرك ، بريطانيا ، تشيكوسلوفاكيا ، الاتحاد السوفياتي ، تاوان ، نيجيريا ، الهند ، كولومبيا . وبما استنتجته :

- تصادف الأعراض الهلسية البصرية أكثر في مناطق العالم الثالث .
- يوجد تناذر عرضي نووي مشترك : الآلية الذهنية ، أفكار التأثير ،
الاهلاس السمعية .

- يكون الإنذار أفضل في مناطق العالم الثالث مما هو عليه في العالم الغربي .

ويفسر بعض الباحثين ذلك بالعزلة الاجتماعية والضغط الشديدة وعوامل
الرضى النفسي والاستقرار والآمن في المناطق المصنعة .
- أشارت دراسات أخرى إلى وجود أحداث حياتية راضية أكثر من العادة
خلال الشهر الذي يسبق التظاهر المرضي .
- كما لاحظ بعض العلماء أن نسبة التعرض للفصام ترتفع لدى مواليد مهابيات
الشتاء وبدايات الربيع .

2 - نظرية الإتصال البشري :

سبق التعرض لها في بدايات هذا الكتاب وهي نظرية حديثة (نشأت مدرسة
الإتصال البشري في الخمسينات) تنظر إلى النشوء الفصامي عبر التفاعل والإتصال
العائليين . فالفصامي ليس فردا منعزلا بل هو عقدة التبادل في منظومة العلاقات
الداخلية العائلية .

يرى « باتيسون » (مدرسة باولواكو) وجود إتصال حول الإتصال يسميه ما
وراء الإتصال ، يتمثل في تبادل (شبه خفي) لمعلومات حول الرموز المستخدمة
والعلاقات القائمة بين المتخاطبين : بحيث يسمح بتصحيح مستمر وتقويم
للفرضيات التي يطلقها المتخاطبون حول رموزهم وأدوارهم وأحاسيسهم . لذلك
يعتقد « باتيسون » أن العلاقة بين الفصامي وأمه تتميز بغياب التوافق والإنسجام بين
الإتصال وما وراء الإتصال . بحيث يتناقض أو يتعكس المعنى الذي يظهر في
الرسالة الإتصالية (الخطاب) ومع سمات تفاصيله (ما وراء الإتصالية) : (كثرة
الصوت ، وتعابير الوجه وسياقه ، والظروف المحيطة الخ ...) بحيث يحدث
إلتباس بين مستويين منطقيين ... يسمى « بايتسون » ذلك « مفارقة الرابطة
المزدوجة (الرابطة المتناقضة) أو (القمر المزدوج) ، وشروط أو ظروف تشكل هذه

الرابطة ضمن الوسط العائلي هي :

- 1 - وجود شخصين أو أكثر في الموقف .
 - 2 - تكرّر التجربة : توقّع دائم ومعهود لنمط العلاقة .
 - 3 - أمر أو طلب نام أوّلي يمنع سلوكا معيناً أو غياب هذا الأمر مع وجود تهديد عاطفي .
 - 4 - أمر أو طلب ثانوي (تالي) يتناقض مع الأوّلي ، يترافق مع تهديد عاطفي ويكون كلامياً أو غير كلامي .
 - 5 - أمر أو طلب ثالث يمنع من الهروب من الموقف . ويستهدف منع الوعي بتناقض الموقف ويحمل في معناه رسالة إتصالية مثل « إن قبلت أسلوب الإتصال هذا ، المتناقض ، فإنك ستحظى بالحب ولن تهملك أمك . » .
- بحيث يجد الفرد (الطفل لو المراهق) نفسه في منظومة إتصال عليه أن يختار فيها إما قبول التناقض وإدماجه بما يحرف المنطق والواقع وإما فقدان علاقة عاطفية جوهرية بالنسبة له بحيث يضطر إلى تشويه دائم لمختلف وسائل إتصاله الكلامية وغيرها وكذلك انفعالاته وعواطفه وعلاقته الحسية والإدراكية بالعالم الخارجي .

3 - النظريات العائلية :

فصلنا نظرية الإتصال عن النظريات العائلية رغم أنها تتصل بها نظراً لخصوصيتها . فالنظريات العائلية تتراوح بين الأبعاد الإتصالية والاجتماعية والتحليلية النفسية ومن بينها بالخصوص :

- مفهوم الإنسجام (أو التعاون) الكاذب : (وين) :

حيث تبدو هائلة الفصامي بمظهر هائلة هادئة منسجمة في ذاتها ، خالية من الصراعات أو التناقضات بشكل غير عادي كما تكون منغلقة منعزلة قليلة العلاقات الاجتماعية ...

- يرى « لا ينغ » الطبيب النفسي البريطاني أن صراع المحيط الأسروي وإشكالاته تتكثف في الفصامي ، الذي يبدو ترجمة خيالية لهذا الصراع ويكون الفصامي طرفاً في هذا الصراع إلا أنه يُمنع أو يفقد القدرة على الإتصال بحيث يصبح الهديان الوسيلة الوحيدة المتبقية لديه للتعبير والإتصال ولو على حساب الواقع .

4 - نظريات التحليل النفسي :

يوجد مدخل أسروي ، لتحليل النفسي ، على مستوى نشوء الآليات والبنى النفسية للفصام . حيث يرجد اضطراب نفسي هام لدى والدي الفصامي الذين لا يتمكنان من القيام بدورهما الأبوي بشكل سوي . فتكون الأم قلقة متباعدة عن حاجيات طفلها وغير متفهمة وبتفس الوقت متدخلّة مفرطة الحماية مع أساليب مسارمة عاطفية وأستبعاد . بينما يكون الأب غائباً أو قليل الحضور في تربية أطفاله أو يكون حاضراً شديد القسوة والتسلط . وتكون الأسرة عموماً إمثالية اجتماعية محدودة العلاقة بالخارج . أما العلاقة بين الوالدين فتتميز بالتباس الروابط العاطفية التي تغطي العدائية والخوف أو الإحتقار تجاه الطرف الآخر إلا أن هذه المشاعر تكون غالباً صامتة ولا تتظاهر إلا بإشارات خفية .

ومن العوامل الممرضة النفسية الأساسية عجز الوالدين عن توفير مناخ عاطفي لطفلها وغياب صورة أبوية ثابتة ومنسجمة تسمح للطفل بالمرور بمزحلة كما هي سوية في سياق نشوئه النفسي ، مما يسمح له بإيجاد نماذج أولية لتركيز منظوماته النفسية (الأنا - الأنا الأعلى) .

ويرى معظم باحثي التحليل النفسي (كلاين ، راكميه ، مايلر . . .) أن البنى والاستعدادات النفسية تتشكل منذ المراحل الأولى من الحياة وهى العلاقة الأولى بالموضوع (الموضوع الجزئي : الثدي ، الموضوع الكلي : الأم) بحيث يحتاج الفرد إذاً إلى العطف والرعاية والإشباع حتى يشعر بأنه موضوع حب وجدير بالقيمة مما يتيح نمو النرجسية البدئية لديه وهى ذات الدور الركائزي لتكامل الذات والصيرورة نحو التفرد والإستقلال ، عبر سياق تالي من توازن آلية الإثابة - الحرمان . بينما تؤدي بعض أنماط خلل هذا التطور إلى نشوء الفصام

إن هذه النظريات والفرضيات السببية لا تتعارض ولا تتناقض إذ أنها تتعامل مع الفصام وتفسر منشأه من أبعاده مختلفة بل ونعتقد أن بعضاً منها تلتقي بالتحليل الأخير وما يمكن إقتراحه لإيجاد هيكل سببي للفصام ، وحتى تأتي الدراسات الراهنة والمستقبلية ببراهين أكثر ثباتاً ودقة ، هو جمع ما ينسجم ويتدعم ببعض البراهين المقنعة من هذه النظريات بحيث يمكن قبول العامل الإرثي لا كعنصر حاسم

ومحدد بل كاستعداد عضوي يستجيب ويتفاعل مع العوامل المحيطة بمختلف أشكالها الثقافية الاقتصادية الاجتماعية والاتصالية والعلائقية الأسرية التي تتكشف على مستوى فعلها في صيرورة النشوء النفسي للفرد في مراحل حياته الأولى والمبنية على تشكّل المنظومات الأساسية للجهاز النفسي (الشعور - ما تحت الشعور ، اللاشعور ، والأنا) الأنا الأعلى ، الهو ،) في سياقها الديناميكي وقوانين حركتها بحيث يتأثر نموذج التعلم والنمو ومراحلها بضغط وشذوذات هذه العوامل ، وتأتي هذه المقاربة ضمن إنسجام هذا المنظور مع القوانين الظواهرية السلوكية والاتصالية .

_____ وسائل وأساليب معالجة الحالات الفصامية _____

يتضمن منهج المقاربة العلاجية الحديثة للفصام أساليب متكاملة تستهدف التعامل مع الأعراض النفسية في ذاتها ومنع التطور المرضي وإتاحة تعزيز بنى شخصية المريض ومن ثم مساعدته على استرجاع الاندماج الاجتماعي بمختلف أبعاده وللتوصل إلى ذلك تستخدم وسائل دوائية وسلوكية وعلاجية نفسية وإجتماعية .

١ - كيفية التعامل مع هجمة فصامية زورانية :

يحدث خلال الهجمة الهذيانة الفصامية اضطراب هام في سلوك الفرد ونشاطه اليومي فيختل عمله وعلاقته الاجتماعية . لذلك يجب تقييم مدى قدرته على الاعتناء بنفسه ومواصلة حياة مستقلة وكذلك الأخذ بالاعتبار احتمال إرتكاب المريض أفعال هذيانية عدوانية قد تنال منه أو من أفراد محيطه . لذلك غالبا ما يتطلب الإقامة في مستشفى نفسي يتلقى فيه المريض المرحلة الأولى من العلاج الدوائي بالمضادات العصبية إضافة إلى تطبيق خطة علاجية نفسية ملائمة .

2 - معالجة الحالات الفصامية ذات التطور التنكسي المتقدم

هي حالات شديدة يحدث فيها تراجع شامل وإفصام في النشاط النفسي والذهني ولا تعرض على العلاج الطبي إلا في مراحل متأخرة . يكون المريض عاجزا

عن مزاولة أي نشاط مسوي أو التعامل مع منهج علاجي نفسي أو إجتماعي لذلك قليلا ما تكون معالجته الخارجية ممكنة بل تتوجب إقامته بالمشفى . أما المنهج العلاجي فيتمثل في وصف مشبّطات عصبية مزيلة للتظاهرات النفسانية بمقادير متزايدة تدريجيا ولفترات طويلة حتى يتراجع اللجم والإنغلاق الذاتي وعند الحاجة يلجأ إلى المعالجة بالصدمة الأنسولينية أو الكهربائية . وعندما تتحسن حالة المريض تصبح المقاربة العلاجية النفسية والاجتماعية متاحة . ويلاحظ أن كثيرا من حالات خبل البلوغ الموصوفة بالإنذار السيء تحسّنت بفعل المعالجة الملائمة وتمكّن المرضى من إستعادة حياة وعلاقات إجتماعية مقبولة .

3 - أسس المعالجة الدوائية للفصام .

تعتبر المشبّطات العصبية المعالجة الدوائية الرئيسية للفصام . يتم اختيار نوع المشبّط العصبي حسب علاقة مفعوله النوعي باللوحة العرضية للتأخر فيصطفى دواء يكون إما ذا مفعول مهديء ، أو منشط نازع للجم أو مزيل للتظاهرات النفسانية النموذجية (الهذيانات ، الأهلّاس) ويفضل اختيار المشبّطات العصبية ذات المفعول المديد (حقنة عضلية واحدة أو حبة كل ثلاث أو أربع أسابيع) إذ أن تعاطي هذه الأدوية يكون مستمرا أو لفترات مديدة مع إمكان إتاحة أطوار راحة (النوافذ العلاجية) وتخصّص الأشكال المحقونة غالبا للحالات الإستشفائية (للمقيمين بالمشفى) أما المقادير فيتمّ تكيفها حسب شدة الأعراض . ويمكن إضافة المنومات أو المهدئات أو مضادات الهمود عند الحاجة . أما مضادات داء باركنسون التي تزيل الآثار الجانبية خارج الهرمية للمشبّطات العصبية فيفضل ألا ترصف إلا عند ظهور هذه الإضطرابات (ويوصى بإعطائها فور ظهور الأعراض حتى لا يشتد قلق المريض .

المعالجات النفسية والاجتماعية

توجد عدة انماط من المقاربة العلاجية النفسية والاجتماعية للفصام من بينها .

- المعالجات النفسية المستبظة من التحليل النفسي الفردية والجماعية .
- المعالجات العائلية .
- المعالجات السلوكية خصوصاً الإيعاجية منها .
- المعالجات النفسية المؤسساتية .
- المعالجات الاجتماعية (إعادة الإيعاج الاجتماعي) والمعالجة بالعمل .

الفصل

السادس

التأذرات الهذيانية المزمنة

I مدخل تاريخي إلى تطور مفهوم الهذيان المزمنة

تعني كلمة الهذيان الخروج من السياق الذهني الواقعي .
في القرن التاسع عشر وفي فرنسا أطلق الطبيب النفسي «أسكيرول» تسمية
«الحالات الجنوبية الجزئية» أو «الحالات الهوسية المنعزلة» إشارة إلى أن سلوك المريض
يظل طبيعياً خارج إطار منظومته الهذيانية . وإثره (1852) إهتم «لا سيغ» بالبعد
السري للهذيان المزمّن مشيراً إلى موضوعه من خلال تصنيفه : «هذيان التعقب»
كما إعتبر تطور الهذيان عنصراً أساسياً للتشخيص . وتبعه في ذلك «فوفيل» و
«موريل» و«فالريه» .

أما في نهايات القرن التاسع عشر فقد أكد الطيبان «مورك» و«مانيان» على ضرورة التفريق بين الهذيان «المنطقية» والمنسجمة والهذيان المضطربة غير المنتظمة (والتي تتظاهر في الفصام والبارافرنيا) وهي تشير إلى تنكس ذهني بينما لا تنجم الهذيان المنتظمة عن قاعدة مرضية متكاملة .

كذلك إتحه الإعتماد إلى وصف الهذيان تبعاً للآليات البدئية : (الحدس أو الإستنتاج ، التأويل ، الأملاس ، الأوهام ، الخيال) . وأشير إلى النفاس الهذيان المزمن والنفاس الزور . وفي بدايات هذا القرن إنطلق المؤلفون الفرنسيون من ذلك معتمدين على آليات النشوء في تفريق التناذرات الهذيانة فوصفوا : الهذيان التأويلي المزمن (سريو ، كابفرا : 1909) ، هذيان الخيال (يمائل البارافرنيا : النفاس المجانب ، دوبرية 1911) ، الهذيان الهلسي المزمن (باله 1912) ، الهذيان العاطفي (كليرمبو 1921) . وقد وصف هذا الأخير تناذر الآلية الذهنية .

أما في ألمانيا فإن «كريبلين» فصل في 1899 عن ما أسماه «العتة البكرة» تناذراً هذياناً دون أهلاس أو تطوّر عتھی وأسماه الزور : البارانونيا (وهي تسمية ابتكرها كاملبوم في 1863) ، كما فعل تناذراً هذياناً هلسيا وخرافيا وأطلق عليه تسمية البارافرنيا (النفاس المجانب) . أما الحالات الهذيانة المزمنة الفصامية فقد احتفظ بها في إطار وحدة «العتة البكرة» .

واتجه «بلولر» إلى تحديد الآليات المركزية المرضية النفسية التي تنظم الهذيان وعزاها إلى اضطرابات في التداعي والتناسق الفكري بحيث قرّبها إلى مفهوم الفصام .

كذلك إهتمت مدرسة التحليل النفسي في بدايات هذا القرن (فرويد ، أبراهام ، ميلاني كلاين ثم لاكان حليثاً برجرية) ببنية الهذيان وقاربتة من زوايا الآلية النشوئية والوصف والموضوع والتشخيص وحاولت إستخراج وتحديد البنى المرضية النفسية ومميزاتها (النقامية ، العصائية ، الترجسية ، الهمودية) التي تتظاهر فيها الهذيان .

في ألمانيا وصف «كرتشمير» بارانونيا الحسّاسين .
بينما أشار «هنري أي» في فرنسا إلى وجود بنية مرضية نفسية بدئية وطرح

مفهوماً يقول بوجود عناصر سلبية وعناصر إيجابية في كل تقاس هذيانى : (العناصر السلبية : تفكك النشاط النفسى ويكون في حده الأدنى في الهذيان الزمن ... العناصر الإيجابية : إعادة تركيب خيالية للعالم طبقاً للبنية النفسية الداخلية ...

أما حالياً فتتزع المدرسة الأنغلو سكسونية (أمريكا) إلى إدخال معظم الهذيانات المزمنة في نطاق مفهوم موسع للفصام . بينما تفرق المدرسة اللاتينية (فرنسا) الفصام عن الهذيانات المزمنة التي لا تتسم بالتكس أو الانفصام وهي أساساً :
- الهذيانات الزورية المنتظمة
- انفصامات الهلوسة المزمنة .

- الهذيانات الخيالية المزمنة : (البارافرنيا : النفاس المجانب)

هذا ، وقد تغيرت النظرة التشاؤمية إلى الحالات الهذيانية المزمنة منذ إكتشاف المضطبات العصبية (اللا رغاكتيل 1952 «دينكر» ، «دلای» بفرنسا) وتطور الأساليب العلاجية النفسية والمؤسسية ، حيث ثبت أن نسبة من الهذيانات المزمنة قابلة للشفاء الكامل وأن إزمان المرض يعود أحياناً إلى العوامل الاجتماعية كموقف المحيط وهزل المريض وتدني مستوى العناية والمعالجة .

كما أن إكتشاف مضادات الهمود سمح بتمييز نوعين من التناذرات الهذيانية المزمنة . تلك التي تستجيب لهذه الأدوية وتلك التي لا تستجيب لها بما دفع بعض الباحثين (غيوتا) إلى اعتبار بعض الحالات الهذيانية دفاها ضد الهمود (وبالتالي يمكن أن نفترض أن الهذيان الحاد أو الزمن آلية نفسية أساسية قد تمثل أحد العدائل السيكوسوماتية (النفسجسمية) للهمود .

المفاهيم الهذيانات المزمنة وتصنيفاتها

١ - التصنيف السوفيائى :

تفرق المدرسة السوفيائية بين الهذيانات باطنية المنشأ والهذيانات نفسية المنشأ أو الارتكاسية وهي تنجم عن إرتكاس الشخصية تجاه وضوح نفسية شديدة أو مديدة ، وهي غالباً ما تتركز على خصائص مرضية بالشخصية .

تُصنّف هذه الهذيان الارتكاسية إلى :

١ - الهذيان الزوراني الارتكاسي :

يحدث في ظروف حياتية تهيب للمخاوف والشكوك والريبة تجاه المحيط وعند نقص المعلومات الكافية لنفي هذا الشك . كأن يسافر الفرد في حربة قطار مليئة بأشخاص لا يعرف لغتهم يتحدثون ويمزحون فيشك بأنهم يتحدثون عنه ويسخرون منه ، أو أن يعتقد مريض مصاب بأفة عضوية عادية ، أنه مصاب بمرض خطير وأن محيطه وطبيه يخفون عنه الحقيقة الخ . . .) وعندما يحصل الفرد على معلومات كافية غالباً تزول الحالة الهذيانية .

٢ - الهذيان الزوري الارتكاسي :

يحدث لدى أفراد ذوي شخصية مرضية زورية عندما تشتد وطأة المواقف الرافضة . وقد يحدث لدى أفراد أسوياء الشخصية . وهو هذيان منظم حول أفكار ثابتة (غيرة ، إختراع ، إساءة) ويكون مديداً (لأنه لا يترافق باهلاس وأوهام مثل الهذيان الزوراني الارتكاسي .

٣ - الهذيان المحدث (أو المنتقل) :

يحدث لدى أفراد يتسمون بالإنحائية وضعف الشخصية عندما يكون على إتصال مديد وحميم مع شخص مريض بالهذيان وإذا نفوذ عليهم وقد تشاهد حالات هذيان جماعية . يترقب الهذيان المحدث عادة بعد فصل الشخص المسبب عن الآخرين .

٢ - التصنيف الأوروبي (هنري أي)

١ - الهذيان دون تطور تنكسي :

- أ - التفاسات الهذيانية المنتظمة (الهذيان الزورية : الهذيان العاطفية ، هذيان التأويل «لأريو» . . .)
- ب - التفاس الهلسي الزمن

- ج - النفاس المجانب (البارافرنيا)
2 - الهذيانات المزمنة المتكسدة :
- الهذيانات الزورانية القصامية

3 - تصنيف المنظمة العالمية للصحة : (وهو يتعرض للنقد من حيث منهجيته)

1 - الحالات الزورانية :

- أ - الزور
ب - النفاس المجانب (بارافرنيا)

2 - الهذيانات القصامية

- أ - الهذيانات المنفصمة
ب - الهذيان الخرافي

4-التصنيف الأمريكي الحديث DSMIII

- 1 - الاضطرابات الزورية .
الهذيانات الزورية للمنظمة دون أهلاس .
2 - هذيانات أخرى تتصل بالفصام .

III الدراسة السريرية للهذيانات المزمنة

تنشأ الهذيانات المزمنة بشكل متساو لدى الرجل والمرأة . إلا أن هذيانات الزورية وهذيانات المطالبة (أو الاحتجاج) تشاهد أكثر لدى الرجل بينما تكثر الهذيانات الهلسية والنعاسات المجانية (الهذيانات الخرافية) لدى المرأة .

1. معطيات سريرية عامة :

أ - المعايير الأساسية لتحديد حالة هذيانة مزمنة

- وجود قناعة هذيانية مستمرة ، منذ عدة أسابيع على الأقل .
- تكون مواضيع الهذيانات متنوعة مختلفة من مريض لآخر .
- توجد عدة آليات هذيانية : الهلسية ، التأويلية ، الاستنتاجية الخيالية .
- وجود مشاركة إنفعالية تكون غالبا من نوع الحصر والقلق أو أحيانا حالات اضطراب مزاجي .

ب - تشكّل الهذيان وبنية

تكون الأفكار الهذيانية ذاتية تتضمن أحكاما حول الواقع لا ترتبط بالمعايير المعروفة ولا يشارك المحيط ، الشخص فيها كما أنها ثابتة لا تزعمها البراهين المنطقية ولا الإثباتات التجريبية

- تتمثل الآليات المنتجة للهذيان ، عادة فيما يلي :
- نشوء وشذوذ المحاكمة العقلية (التأويل)
- اضطرابات عناصر الإدراك (الأهلاس ، الأوهام)
- اشتداد الوظيفة الخيالية وطغيانها على الواقع (الهلر)
- الاستنتاجات وحالات الحس المفاجئة
- الإحساس باستلاب الجهاز النفسي ووجود عوامل خارجية تؤثر على النشاط النفسي وتسيّره وتسيطر عليه (الآلية الذهنية لكليرمبو)

- مواضيع الهذيان الأكثر مصادفة :

- مواضيع التعقب : يقتنع المريض بوجود من ينوي الإساءة إلى شخصه أو أمرته أو سمعته أو ممتلكاته وأشكال التعقب الهذيانى كثيرة لا متناهية : كالمراقبة والتهديدات والمؤمرات والإعتداءات والتسميم والتنويم والسحر والأجهزة والآلات والإشعاعات الخ ...
- مواضيع التأثير : يحس المريض أن قوة خفية خارجية أو داخلية تتحكم في أفكاره وكلامه وأفعاله ...

● مواضيع العظمة والفخار وهي بدئية أو ثانوية لأفكار التعقب ، وتمثل في أفكار الشراء والاختراع والرسالة البشرية (إنقاذ العالم) والأصل السيل (ملكي . . .) . . .

● المواضيع الروحانية : هذيانات نبوة ورسائل سماوية

● المواضيع المراقية : تتمحور حول آلام وأحاسيس جسدية يستنتج منها المريض حدوث تبدلات في جسده وأعضائه وتشوهات وآفات في أحشائه (كالتعفن والتحجر . . .) وأفكار إصابات جسدية مرتبطة بالتعقب والتأثير والسحر .

● مواضيع الهي : تتمثل في تناذر «كوتار» حيث يتعلق هذيان المريض بتبدلات وآفات وخيمة وعجيبة في جسده ورغم ذلك وكل ما يعانيه من عذاب ، فهو محكوم بالحياة الأبدية لأن اللعنة لحقته ولحقت العالم من ورائه ، فهو ربما أصبح حتى غير موجود والعالم سائر نحو المصيبة والكارثة لا محالة .

ج - الخصائص المشتركة للهذيانات المزمنة غير الانفصامية

- بدء هذه الهذيانات في سن متأخرة بالنسبة للانفصام

- غياب علامات الانفصام .

- غياب وجود تخلف عقلي ذا اعتبار

- الحفاظ على تكيف إجتماعي مقبول في أغلب الحالات

2 - التناذرات السريرية للهذيانات المزمنة

أ - الهذيانات الزورية المنتظمة : (البارانويا)

تعني كلمة البارانويا : التفكير للجانب للواقع أو للمنطق . (شبه منطقي) .
تنشأ الهذيانات الزورية المنتظمة غالبا لدى الشخصية الزورية المتميزة بالخصائص التالية :

1 (الأنوية : المركزية الذاتية ، التكبر ، الإفراط في تقييم الذات .

2 (الريبة : شكوك دائمة تجاه مشاعر الآخرين وأحكامهم وتصرفاتهم

3 (التصلب النفسي : برود عاطفي ، عناد ، رفض للتقيد ، الاعتقاد بأنه دائما على حق

4 (أخطاء المحاكمة : يبني الزوري تسلاات شبه منطقية طويلة مديدة ودقيقة وينطلق من معطيات صحيحة ليصل إلى إستنتاجات خاطئة لأنه يبني أحكامه طبقا لأفكاره الثابتة ويستبعد كل ما يمكن أن يخالفها أو يثبت عكسها .

يتشكل الهذيان إطلاقا من إحتداد هذه الخصائص بدءاً من حدس أو شك ينشأ من حادثة صغيرة خالية من المعنى ، وتكون بدايته غالباً بطيئة خفية وأحيانا يتفجر بشكل حاد أثر حادثة يعتبرها المريض حاسمة أو إثر صدمة إنفعالية نفسية أو عضوية . يتكون هذا الهذيان ضمن منظومة متكاملة متجانسة وواضحة يعيشها المريض في حالة وعي كامل ، إذ أن الهذيان رغم إزمائه ، لا يتداخل مع جوانب حياة المريض الأخرى وأنشطته التي تظل طبيعية :

تميز ثلاثة أنماط من الهذيان الزورية :

- 1 - الهذيان العاطفية .
 - 2 - هذيان العلاقة لدى الحساسين
 - 3 - هذيان التأويل المنتظم (الجنون المنطقي أو «العاقل») .
- تبدأ هذه الهذيان غالباً بعد سن الثلاثين وخصوصاً حوالي الأربعين وتتغلب فيها الآليات التأويلية بينما تندر الأهلـاس .
- أما القناعة الهذيانـة فتتبع منهجاً متجانساً ومنطقياً داخل منظومته بحيث يتمكن أحيانا حتى من إقناع الآخرين . ولا يشك المريض في سلامة أحكامه ويتصرف على أساس قناعته الهذيانـة .

1 - الهذيان العاطفية

تقسم إلى مجموعتين : الهذيان العاطفية الحقيقية (هذيان الغيرة ، وهذيان الهوس الشهواني) وهذيان المطالبة والإجتجاج العاطفي .

أ - هذيان المطالبة والإجتجاج العاطفي :

كثير المشاهدة ، يعتمد خصوصاً على التأويل ويدفع المريض إلى الإجتجاج

والشكاوي والمطالبة بحقوق مفترضة وحتى الإعتداء لفرض قناعاته . من النماطه :
- المشاكسون الاجرائيون : يعتقدون أن حقوقهم هضمت وأمالا كهك سرقت
فيكثرون من المشاكسات والشكاوي والإجراءات القضائية ولا يقتنعون بخطئهم
فيتهمون الآخرين ، كالتقصاة بالخداع والتآمر والرشوة ...

- المثاليون المتحمسون : يتمحور هذيانهم حول عقيدة روحانية أو فلسفية أو
اجتماعية سياسية فيتشئون الجمعيات ويكثرون من الأنشطة العشوائية ويندفعون
بشكل أعمى ومتعصب لفرض أفكارهم التي يعتقدون أنها الوسيلة الوحيدة لإنقاذ
العالم من الكارثة .

- أصحاب الاختراعات : يحاولون إقناع ذوي الشأن بأنهم توصلوا إلى
اختراع عبقرى وعندما يتم ردّهم يتهمون الآخرين بسرقة اختراعهم أو بالتآمر
عليهم ...

- هذيانات البتوة حيث يعتقد المريض أنه طفل بالتبني وأن والداه الحقيقيان
من أصحاب العروش والملوك والرؤساء أو من أثرياء العالم ومشاهيره الخ ...

- هذيان المطالبة المراقى : يحدث إثر معالجة دوائية أو جراحية حيث يتهم
المريض الطبيب بإساءة معالجته أو إحداث تشوية أو اضطراب وظيفي في جسده
ويلاحقه بحقه ويطالب بتعويضات لاجئا إلى القضاء .

- كذلك في هذيان مشابه يحدث إثر حادث عمل أو مرور يقتنع المريض
بإصابته بضرر جسيم ولا يفسر بآراء الخبراء بل يكثّر الملاحظات والإجراءات
والتهديدات مطالبا بالتعويض .

ب - الهذيان العاطفي الحقيقي :

1 - هذيان الغيرة :

يصادف هذا الهذيان أكثر لدى الرجال وهو كغيره من الهذيانات العاطفية
يتمركز حول محور وحيد وينطلق من فرضية بدئية إلى سياق ذاتي من التأويلات
الخاطئة على أساس فكرة ثابتة وعندما تشتد الحالة الهذيانية إثر حرمان أو خيبة قد
يندفع المريض إلى ارتكاب أعمال عنف وأعتداء قد تصل إلى القتل .

في هذا الهذيان ينطلق زوج فو شخصية زورية غالبا من حدث صغير كحركة أو نظرة لتنشأ فيه الشكوك التي سريعا ما تتحول ، في الخفاء غالبا ، إلى منظومة هذيانية متكاملة وقناعة ثابتة تعتمد على تأويل كل الأحداث والمصادفات لفائدتها بما يدفعه إلى ملاحظات وتحقيقات مع الزوجة بشكل دائم حتى تعترف الزوجة «بخيانتها» وتسيطر أفكار الانتقام و«حفظ الشرف» على المريض . وقد يتفجر هذيانه بشكل عنيف من ضرب وإعتداء قد يصل إلى القتل أو ينتهي إليه السياق الهذيانى لذلك لا يجب إهمال هذه الناحية ولا بد من وضع المريض تحت الإشراف الطبي في هذه الحالة مهما بدا وديعا ومسلما .

تتمثل الآلية النفسية اللا شعورية لهذيان الغيرة في إسقاط شخصية مثالية على الخصم (المنافس) حيث يوجد نقص في تقييم الذات لدى الزوري مما يجعله يشك بحب زوجته له . ونظرا لوجود رغبة لا شعورية في أن يماثل هذا الخصم «المثالي» فإنه يتماهى معه ويعتقد في إستهاماته اللا شعورية أنه لو كان مثل هذا الشخص لأحيته زوجته ونظرا لوجود التماهى فإنه يتمنى لا شعوريا أيضا أن تحب زوجته هذا الشخص (وكانه هو) وعبر سياق نفاسى هذيانى يتحول هذا الخيال إلى عديل باطنى للواقع وترسخ القناعة الثابتة بحقيقته . وبحكم أن هذا الشخص (الخصم) يمثل إسقاطا للآنا المثالية (الفأصلة لدى المريض) التي تنمذج في الطفولة على شاكلة الأب وفي سياق إقصاء الغيرة والرغبة في إمتلاك الأمر إلى اللا شعور . فإن الخصم يصبح إستعادة لصورة الأب ، إلا أن التكافؤ الضدى يظهر هذه المرة من خلال آلية نفاسية ويمتزج التماهى النفاسى مع الخصم بالحقد الشديد عليه (لأنه ينجح مثلما نجح الأب في إكتساب حب المرأة التي يريد المريض إمتلاكها : حسب واقعة الهذيانى) .

أما فرويد فهو يدخل آلية جنسية مثلية لا شعورية في تفسير هذا الهذيان (وهي لا تتناقض في عمقها مع ما سبق وشرحناء بشرط أن نعتبر المفهوم النفسى النشوى للجنسية المثلية وهو نشوء سلبية وضعف عاطفى مرتبطينجهان عن العجز عن تجاوز المرحلة الأوديبية وامشيطان الصورة الأبوية لوجود خلل في نضج مراحل النمو السابقة خصوصا المرحلة الشرجية حيث نلاحظ تقاربا بين الطبع الشرجى الوسواسي والشخصية الزورية في بعض سماتها . . .) . ويتبع «فرويد» صيغة مبسطة لحدث

في اللا شعور طبعاً وهي تتكوّن من ثلاث عبارات تنفي كلّ منها سابقتها عبر آلية الإنكار لتصل إلى النتيجة النهائية الشعورية التي يتمحور حولها الهذيان : «إنني أحبّ هذا الرجل من جنسي» .
«لست أنا الذي أحبه» «هي التي تحبه» ...

2 - هذيان الهوس الشهواني :

أكثر مصادفة لدى المرأة منه لدى الرجل . يتمثل في أنّ المريض يكتسب قدعة وهمية هذيانية بأنّه موضوع حبّ أحد الأشخاص . ينشأ ذلك بدءاً من حادثة خالية من المعنى كنظرة أو نبذة سموت ويتعلّق بأشخاص ذوي مستوى عالٍ أو شهرة أو سمعة أو رتبة إجتماعية . ويمرّ هذا الهذيان بثلاث مراحل :

أ - مرحلة الأمل : تكون القناعة ثابتة لدى المريضة بما يكنّ لها موضوع هذيانها من ولاء وحبّ مهما كان سلوكه أو بعده مثلاً «إنه لا يتصل بي حتى لا يكتشف الآخرون حبنا» «لا يريد مصارحتي بحبه لأنه خجول ومتحفّظ» «لقد تزوّج حتى يموت ويخفي حبه» ، ليس زواجه إلا خدعة» ... حيث لا يمكن لأي حدث أن يقنع المريضة بخطئها . كما أنها تكثّر من الملاحظات والوسائل والهدايا للشخص «المحب» تدوم هذه المرحلة فترة مديدة ثم تعقبها .

ب - مرحلة خيبة الأمل : لا تزول هنا القناعة الثابتة إلا أن نشاط المريضة وتفاؤلها ينحدران ويبدو عليها التشاؤم وتعتقد أن «الشخص المحب» يخاف من حبه وربما لن يجرؤ أبداً على إعلان حبه .

ج - مرحلة الحقد : حتى في هذه المرحلة لا تقتنع المريضة بخطأ قناعتها بل أنها تريد ، فحسب ، أن تنتقم لأن «الشخص المحب» لا يريد إظهار حبه لذلك تلجأ إلى وسائل الملاحقة وأساليب التهديد والمساومة .

2 هذيان العلاقة لدى الحساسين

الشخصية الحساسة هي إحدى أشكال الشخصية الزورية وتكون شخصية

واهنة . منظوية ملجمة حساسة مترددة متوجسة متشككة مع لجم جنسي ، تتحمل العدوانية بسلبية وذات نزعة همودية . يحدث الهذيان إثر حرمان وفشل وأزمات وجودية . فتغزوه أفكار الإثارة والاثام ويعتقد أن من حوله يتحدثون عنه ويشتمونه . يظل الهذيان منحصراً في مجال محدد وتتخلله هجمات قلق وحصر أو «تقيد» . ويكون تطوره متارجحاً ، قد يستمر لعدة سنوات لكن إمكانية الشفاء تظل قائمة .

3 هذيانات التأويل المنتظمة

سميت «الجنون المنطقي أو العقلائي» ، يستند فيها المريض إلى الأحداث الواقعية ليقوم بتأويلات خاطئة تتعلق به شخصيات بحيث لا يوجد أي حدث أو ظاهرة يمكن أن تخضع للصدفة بل كل شيء يحمل دلالة ومعنى يقصدانه هو بالذات . وكثيراً ما تنطلق هذه الهذيانات من أهلاس أو أوهام بدئية . وهي تمتد في شبكة متسعة تغذيها تأويلات من منشأ خارجي تشمل كل ما يمكن أن يصادفه المريض . فإن يدعك شخص أنه تعني أن رائحته غير طيبة وأن يتسم آخر فذلك لأنه يجده قبيحاً وأن تمر سيارة الشرطة تعني أنه سيدخل السجن أمّا ما يسمعه في الإذاعة والتلفزيون وما يقرأه في الصحف فهو كله إشارات إليه واتهامات الخ كما يلجأ أيضاً إلى تأويلات من منشأ داخلي إذ يفسر أي إحساس حسي بوجود سموم أو مخدرات في الماء الذي شربه أو الطعام الذي تناوله الخ

ب - النفاسات الهلسية المزمنة

تحدث النفاسات الهلسية المزمنة لدى المرأة غالباً وتظهر في سن الأربعين وأحياناً بشكل حاد ومفاجيء ، وهي حالات هذيانية مزمنة تظهر فيها الأهلاس بشكل خاص وهي أهلاس سمعية كسماع الضجيج والأصوات والكلام الذي يتضمن شتائم أو تهديدات أو إتهامات أو محادثات غريبة ويلجأ المريض إلى سدّ أذنيه بالقطن أو رفع صوت الراديو حتى لا يسمع هذه الأصوات . تكثر أيضاً

الأهلاس الحسية كاللمسية بينما تقل الأهلاس الشمية .

كذلك فإن تناذر الآلية الذهنية (لكليرميو) ثابت وحاضر دائماً . وتميز درجتان من الآلية الذهنية :

١ - الآلية الذهنية الصغرى وتتضمن :

- أهلاسا نفسية

- أهلاسا كلامية . حركية

- تناذر التأثير والتسيير الخارجي

- صمدى التفكير وتسيير ونقد الأفعال

ويحس المريض بأن أفكاره أصبحت مستقلة عن إرادته مبالغة سريعة المرور لكن محورها حول موضوع محدد ويكون إضطراب التفكير جزئياً كما لا توجد إضطرابات حسية ولا يفعل المريض لأحاسيسه هذه

2 - الآلية الذهنية الكبرى

- آليات كلامية وحركية وحسية

- أهلاسا نفسية حواسية سمعية وحسية خصوصاً

يشاهد فيها تناذر التأثير وهوى التفكير (يسمع التفكير من الخارج وتدور الأفكار حول موضوع محدد كالتعقب والتعليق على الأعمال يكون الإضطراب شاملاً للتفكير . ويحس المريض بوجود من يسرق أفكاره من ذهنه يذيعها ويعتقد بوجود أصوات خارجية يتردد صداها في ذهنه كما أن أفكاره تسمع من الخارج

يكون التطور العفوي للنفسات الهلسية المزمنة بشكل هجمات مع أشدّاد التظاهرات الهلسية والهلديانية مع بقاء التكيف الإجتماعي وقد يتكيف هذا الهلديان مع استمرار الملكات الذهنية والتكيف .

ج النفاس المجانب (البارافرنيا)

تبدأ البارافرنيا بين سن الثلاثين والخمسين وتمثل في هذيان مزمن شديد التنوع والثراء لا يتسم بأية معقولية أو منطقية يعتمد أساساً على الآليات الخيالية

وتنسر فيه الأهلآس تتمحور مواضعه حول العظمة ، والنبوة والخرافات والمواضيع الكونية (عاش المريض مليون سنة ، هو محرك الكون ومهندس التاريخ . يتمتع بالخلود ، يمتلك كواكباً ونجوماً . . .) ولا تتأثر السياقات الذهنية باهذيان كما أن التكيف الاجتماعي قد يستمر لفترة طويلة من المرض .

يكون تطور البارافرنيا زمناً يزداد فيه ثراء وتنوع موضوع الهذيان ثم يثبت ويستقر بشكل نسبي بحيث يتمحور النشاط النفسي حول قطبين القطب الواقعي والحقيقي والقطب الهذيانى مع محتوى تفكير مجانب للمنطق . وقد يشاهد باتجاه الإنفصام الفصامي بعد سنوات عديدة .

3 التطور العام للهذيات المزمنة :

يبدأ الهذيان المزمن بشكل هجمة هذيانية بدئية أو غالباً بتطور تدريجي متصاعد يمتد لعدة سنوات .

أما تحت العلاج فإن النزعة الهذيانية لا تندثر بشكل كامل في معظم الحالات بل إن الهذيان يتكسب ويفصل عن حياة المريض العادية ويظل بشكل ريبة وشكوك شديدة حول موضوع محدد . وقد يتعرض الشخص عند فقدان التعويض إلى أطوار همودية أو نزعات إنتحارية أو عدوانية . ومن أصعب الهذيات معالجة الحالات الزورية العاطفية التي تتطلب غالباً إقامة استشفائية مديدة . وتكون أفضل فترات المقاربة العلاجية المراحل التي يكون الهذيان فيها بصدد التشكل والانتظام .

4 التشخيص التفريقي

1 الحالات الهذيانية المديدة من إختلاطات الإدمان الكحولي :

- الأفكار الثابتة ما بعد الحلمية : حيث يعتقد المريض بأن تجربته الحلمية حقيقة وواقع .

- التناذر الهلسي لدى الكحوليين : أهلام سمعية - كلامية تستمر لعدة أيام أو أسابيع .
- النفاس الهلسي المزمّن لدى الكحوليين .
- هذيان الغيرة .

2 - عناصر تفريق الهذيان المزمّن عن الفصام الزوراني :
- يكون البدء غالباً متأخراً في الهذيانات المزمّنة ومبكراً في الفصام .
- لا تكون الهذيانات الزورانية الفصامية منتظمة ومنهجية .
- تغيب علامات الإتفصام الفصامية عن الهذيانات المزمّنة .
- يضطرب التكيف الاجتماعي في الفصام بدرجة أشدّ ممّا في الهذيانات المزمّنة حيث قد يظلّ مقبولا وسوياً في هذه الأخيرة ، بينما غالباً ما يضطرب حتّى في الفصام بدرجات متفاوتة .

IV ظروف وخصائص المقابلة مع الهذيان

ياخذ الهذيان دائماً مضموناً ثقافياً اجتماعياً لذلك لا بد للطبيب من أخذ هذا العنصر بالحسبان والتعرّف على المحيط والمنشأ الثقافي الاجتماعي للفرد حتّى يستبعد المعتقدات والأفكار الخرافية أو التقليدية التي تميّز بعض الحضارات (كالاعتقاد بالسحر واستلاب الأجساد والأرواح واللعنة ، والعين الحاسدة . . . الخ) حتّى لا تلتبس مع الهذيان الحقيقي .

من ناحية أخرى يندر جداً أن يأتي للمريض بماء إرادته بل إن هذيانه يضايق نيطه أو يسيء إليه أو قد يتمّ ذلك إثر عمل عدواني متعلّق بالطب الشرعي ، بحيث يحمل المريض على مقابلة الطبيب عبر إجراء أسروي أو إداري أو قضائي . يتطلّب الأمر إذاً من الطبيب كشف الوجود الفعلي للهذيان وحسم الحقيقة المرضية لحالة المريض وسلوكه حتّى يتاح له تحديد الإجراءات العلاجية والإدارية الملائمة ، وتحديد مسؤولية المريض المدينة ومدى ما يمثّله من خطر على محيطه .

لذلك غالباً ما يواجه المريض الطبيب بصمت مطبق أو موقف عدائي . كما يعمل على إخفاء هذيانه إذا خشي أن يؤدي تعبيره عنه إلى إستبقائه بالمشفى أو إعتباره مريضاً يجبر على المعالجة . كما أن المريض قد ينطلق في سرد هذيانه (خصوصاً هذيان الغيرة) فيسوق الأدلة والبراهين المقنعة ونظراً لأنه كثيراً ما يبدو طبيعياً من جميع النواحي الأخرى فإن الطبيب قد ينخدع بصحة أحكام المريض وبراهينه لذلك فما يجب أن يعتمد عليه في إستكشافه :

- 1 - تحديد نمط شخصية المريض والعناصر المرضية فيها .
 - 2 - معرفة طبيعية علاقاته مع محيطه ونمط توازنه معه وأسباب حمله عن القدوم إلى العيادة الطبية النفسية
 - 3 - إستشفاف ما يخفيه المريض من ألم واضطراب نفسي وتحديد نمط الهذيان المفترض .
 - 4 - تمييز الواقعي والخيالي فيما يقصّه المريض ومحاولة إستجلاء مقاصد العميقة من وراء خطابه الظاهر .
- أما العناصر التي يعتمد عليها الطبيب فهي :- ما يشاهده من مظاهر - ما يسمعه من المريض - ما يحسّ به ويستتجه (التحويل المعاكس) - ما يقوله محيط المريض .

أ مظاهر المريض :

قد يبدو للمريض طبيعياً طوال فترة الإستجواب أو القسم الأول منه حين يلزم الصمت أو الإنكار الكامل ثم تقلت عناصر هذيانية في كلامه وقد يبدأ بمحاولة إقناع الطبيب بواقعية هذيانه .

يكون المريض ذو وضعية وسلوك غريب وشبه مسرحي كثير الحركات والتهيج أو يكون بالعكس يكون صموتاً بارداً متصلياً متباعداً ، يتجنب الإتصال يتخذ مجلساً بعيداً عن الطبيب يلقي نظرات الشك والريبة ويضبط حركاته وتعابير وجهه .

يكون ملبسه عادياً أو شاذاً وكثيراً ما يكون لباساً كلاسيكياً صارماً .
يحدث أحياناً أن يتحدث إلى نفسه ويقوم بحركات غريبة .

ب حديث المريض :

قد يتحدث المريض بشكل منسجم ومقتنع لكن يلاحظ أحياناً تلغثم وغطية وتكرار وأفكار ثابتة يعود إليها باستمرار ويعطي لقصته شكلاً دراماتيكياً وفجائعياً وإذا حدث بكامل هذيانه فقد يقدم الحدث الذي نشأت منه أفكاره ويكون عادة حدثاً تافهاً لا يحمل دلالة مقنعة لغير المريض . إلا أن ما يقدمه إثر ذلك من براهين وقرائن جمعها خلال أشهر أو سنوات تبدو متماسكة ومنطقية ومقنعة . بحيث إن التشخيص لا ينطلق من بنية الهذيان نفسه بل مما يحيط به من خصائص شخصية المريض ومدى تأثير الهذيان على الناحية الخاصة من حياته وسلوكه المتعلقة بموضوع هذياناته . حيث يمكن للطبيب إستشفاف حرص المريض على الحفاظ على هذيانه واستخدامه كآلية دفاعية وتبريرية . حيث يرفض كل حل يمكن أن ينتزع من الهذيان مبررات وجوده (مثلاً يرفض المصاب بهذيان الغيرة الطلاق رغم قناعته بخيانة زوجته ويلجأ إلى كل ما يمكن أن يغذي هذا الهذيان متجنباً ما يمكن أن يدحضه أو يجعله ينهار أمام الواقع إذ يؤدي ذلك إلى فقدان التعويض أمام المريض مما تنجر عنه حالات همودية وسلوكية هدوائية أو إنتحارية) .

ج موقف الطبيب وارتكاساته :

كثيراً ما يجد الطبيب نفسه ، في المقابلة الأولى للهذيان المزمنة أمام موقف عويص ومعقد على مستوى التشخيص والمسؤولية والعلاقة مع المريض ، فقد يسقط هذا الأخير على الطبيب مشاعر التعقب ، مما يجعل الطبيب يحس بتباعد المريض وريته وعدائته أو أنه يسقط عليه صورة مثالية فيحاول كسبه لجانبه وإقناعه بهذيانه وقد يرتكس الطبيب لا شعورياً متجنباً القلق الناجم عن شحنة التفضيم المرجسي للمريض ، بمشاعر التعاطف معه والإقتناع بما يقوله والرغبة بالوقوف إلى جانبه كضحية لظلم عرطه . أو قد يتخذ الطبيب موقفاً دفاعياً محاولاً منذ البدء محادثة المريض حول هذيانه المفترض وإقناعه بخطئه . فالموقف الصحيح هو أن يظل الطبيب محايداً وشفافاً أمام الهذيان محاولاً إستكشاف العناصر التي تعزز التشخيص البدني أو تدحضه .

د أخذ المعلومات من المحيط :

ويتضمن إستقصاء المناخ النفسي الاجتماعي للمريض وتوازنه الأسروي والمهني ودور الهذيان وآثاره في حياة المريض وأسرته ومحيطه وأخيراً السوانق المرضية للمريض وأسرته .

٧ الآليات الامراضية النفسية للهذيانات المزمنة

تستند النظرية الديناميكية النفسية للتحليل النفسي ، في تفسير الآليات النشوءية الامراضية للنفاسات الارتكاسية ومنها الهذيانات المزمنة على تطور تعليم وتمر الوليد والطفل واضطراب مراحله . فهذه الآليات المرضية ليست إلا تضخماً وتثبيتاً ونكوصاً إلى آليات وأطوار سوية . يعبرها الطفل خلال مراحل نضجة وتكامله النفسيين ولن نفصل في هذه المراحل مما يتطلب مجلداً قائماً بذاته لكن سنشير عبوراً إلى بعض العناصر الأساسية لهذا النمو .

يولد الطفل إثر حياة رحمية مندججة مع أمه لذلك يستمر إحساسه الفريزي بهذا الاندماج إثر الولادة . لكن عندما تتعاقب فترات الإشباع والحرمان عند غياب الأم وبعدها (رغم طلب الدفاع) وبدء حس الجسد الوليد بنوع من الافتراق تذكر البنية النفسية القائمة للوليد ذلك وتبرز ذلك بمحاولة إشباع ذاتية بمص الإصبع ، مما يعتبر آلية هلسية ونظراً لأن الإشباع لا يحدث ، فإن الطفل الذي لا يزال عاجزاً عن تفريق ذات أخرى عن ذاته يحس أو يعتقد بنجراً ذاته أو جسده لغياب هذا الجزء الذي يقوم بوظيفة الإشباع مما يخلق حالة أزمة ، تسميها «ميلاني كلاين» : الطور الفصامي - الزوراني ، تواكب الإلباس بين الموضوع الطيب والموضوع السيء إذ تنشأ في ذات الطفل عدوانية وحقد تجاه مسبب الحرمان (الموضوع السيء) إلا أنه لا يستطيع تمييزه عن ذاته وعند تبدأ أسنانه بالبروغ إثر الشهر السادس يميل إلى إعلان رغبته بالتدمير والإنتقام بعض الثدي (الموضوع الطيب/ السيء) الذي استبطن ولذلك تعتبره مشاعر الحصر والذنب لأنه يخشى تدمير ذاته وللموضوع الطيب وينجم عن ذلك ما يسمى الطور الهمودي .

من ناحية أخرى عندما يشعر الطفل بإثابة كافية وعطف وحب تحيط به ينمو فيه الإحساس بالقيمة الذاتية المتبلورة فيما يسمى النرجسية البدئية وهي عنصر جوهري في تمايز الأنا وتكاملها .

أما العنصر الثالث الهام فهو حل إشكالية الرغبة بامتلاك الأم ومنافسة الأب وأحاسيس الحقد والذنب اللا شعورية تجاهه ، تحل هذه الإشكالية ، في النمو السوي باستبطان الصورة الأبوية واعتبارها نموذجاً مثالياً يستند إليه الطفل كركيزة لنموه النفسي حتى مرحلة المراهقة . كما أن الطفل يحتاج في تكامله النفسي إلى تعاقب عمليات الحرمان والإثابة على أن تكون الإثابة أهمّ كميّاً من الحرمان وعلى ألا يكون هذا الأخير راضاً وألا يتجاوز حدود ما يكفي لتعزيز تثبيت الذات واستقلاليتها .

- كثيراً ما ينتمي الشخص الهدياني المزمّن إلى أسرة يكون فيها الزوج الأبوي منقلباً ، حيث يكون الوالد ضعيف الشخصية سلبياً ذا علاقة أمومية مع أطفاله بينما تكون الأم مهيمنة تقوم بمهام التربية الأبوية والتوجيه . إلا أن هذه الأسرة تبدو أمام الآخرين بقناع خادع فيبدو الأب (كما تظهره الأم بتشكياتها المتكررة) وكأنه المسيطر المتسلط وكثيراً ما يستثمر الطفل في السياق الزائف . في هذه الصيرورة تتضخم نرجسية الفرد ، كما أن حضور الأب الباكر في حياة الطفل لا يسمح له بترتيب علاقته البدئية بالموضوع (الأم) بشكل سوي إذ أن هذا الحضور يجعل المشاعر العدوانية تحتلّ تجاه الأب مترافقة بحصر شديد ويمنع استبطان الصورة الأبوية فيها بعد شكل سوي .

يحدث الهديان في سياق إنهار للقيمة الذاتية أو الآليات الدفاعية إثر حدث أو موقف راضين نفسياً ، مما يتناقض مع النرجسية المتضخمة ويجعل المريض عاجزاً عن تحمل الواقع بما يتضمنه من شحنة عدوانية باطنة متوقدة وحصر موافق . لذلك فإنه ينتقل إلى منظومة هديانية لا واقعية تسمح له عبر الآلية الإسقاطية بنقل صراعاته الباطنة إلى الخارج فيصبح هذا الخارج مرآة عاكسة للهدياني ضرورية الحضور ، فيعزّو منشأ العدوانية إلى شخص من المحيط وينكرها (الأخر هو المعتدي ، المتعقّب . . .) وبنفس الوقت فإن تضخمه النرجسي منتج للمحصر والقلق لذلك

فإنه يحتاج للحد منه ويعبر عن الحاجة إلى وجود قوة خارجية تتجاوزه وتسيطر عليه
(الرمز الأبوي الذي كان فاشلاً خلال الطفولة)

إذن يتمثل الهذيان في آلية تعويضية دفاعية جديدة يبتناها المريض إثر انهيار
دفاعاته السابقة أمام رض نفسي مديد أو حاد . ويجعل الهذيان قيمة تكافؤ صدّي إذ
أنّه يتبع خطأ سادياً - مازشياً تلتقي فيه الرغبة بالفشل والإمتهان والحاجة إلى العظمة
والقوة المطلقة .

VI معالجات الهذيان المزمنة

أ معالجة الهذيان الزورية العاطفية :

تمثل هذه الهذيان إشكالية طبية شرعية من حيث التشخيص إذ أنها قد تمثل
خطر فعلياً على المحيط ، إن لم يحدث الإعتداء فعلاً . لذلك لا بد من تقييم ضرورة
إستبقاء المريض بالمستشفى وإستعمال الوسائل والإجراءات الإدارية والقانونية
لذلك .

- يمكن إستعمال كل المثبطات العصبية مع تفضيل نموذج مهديء (لارغاكتيل
نوزينان ، سيدالاند Largach'l, Nozinan, Sedaland) بشرك مع نموذج مشط
للتظاهرات النفسانية كالهالدول ، ماجبتيل ، نولبتيل ، ترفلوزين Haldol, Majept'l
Neuleptil, Terfluzine ويجب الإنتباه إلى أن الهذيان قد تعقبه حالة همودية تتطلب
المعالجة إضافة لذلك تكون للمعالجات النفسية التي تأخذ بالإعتبار خصوصيات
شخصية المريض ، أهمية قصوى .

أما المقادير الدوائية وكيفياتها فتتلاءم مع حاجيات المريض .

ب الهذيان الزورية لدى الحساسين وهذيان التأويل المنتظمة :

تعالج بإشراك المثبطات العصبية بمقادير متوسطة ومضادات الصمود (توفرانيل
لاروكسيل ، سومنتيل Summh'l, Laroxyl, Tofranil) .

إضافة إلى معالجة نفسية تعمل على إستكشاف الصراعات اللاشعورية .

ج- النفاسات الهلسية المزمّنة :

يفضل منا المالدول كمثبط عصبي مثالي للأهلامس (10-15 مغ حقناً عضلياً باليوم ، ثم عن طريق الفم) كما يفيد البيورتييل ذو المفعول المديد . 4. Piportill 100 مغ / بالشهر أو Tribifanr 100 مغ / شهر حقناً عضلياً .

د- النفاسات المجانية (بارافرنيا)

تستعمل المنبطات العصبية بمقلدبر متوسطة ، إلا أن مفعولها يكون محدوداً ولا يحسن إلا بعض الأعراض المزاجية والاضطرابات الثانوية .

الفصل

السابع

مختصر حول الإضطرابات النفسية
عضوية المنشأ ومشاركة المنشأ

مختصر حول الإضطرابات النفسية الناشئة
عن آفات واضطرابات عضوية

[معطيات عامة

تتظاهر عدة آفات واضطرابات عضوية أو تترافق بأعراض واضطرابات نفسية متباينة ومتفاوتة حسب نوع الآفة وطورها وتطورها وحسب استعدادات المريض النفسية ونوع شخصيته وعمره وجنسه . .

أهم هذه الاعراض والاضطرابات :

- ١ - تظاهرات شبه عصابية تتمثل بالوهن وهبوط المزاج وتسدل الطبع والإستارة واللامبالاة بالمحيط والهمود واضطرابات النوم والصداع والشكاوي المراقية الألمية ، حالات قلق وحصر .
- ٢ - تناذرات مزاجية مختلفة .
- ٣ - تناذرات تخليطية .
- ٤ - تناذرات هذيانية

أ - أهم الاضطرابات النفسية في الآفات العضوية الحادة :

تتفاوت شدة هذه الاضطرابات حسب بنية شخصية المريض ونوع الآفة وقد تكون تظاهر الاضطرابات نفسية سابقة ، فالقلق والعدائية والانطواء تظاهرات كثيرة المشاهدة ، بينما تصادف أقل من ذلك حالات الحصر الشديد والتناذرات المزاجية والأطوار التخليطية والهجمات الهذيانية الحادة التي قد تؤدي إلى رفض المعالجة .

ب - أهم الاضطرابات النفسية في الآفات العضوية المزمنة :

تختلف التظاهرات النفسية في بدايات المرض عما هي عليه في مراحله المتقدمة أو المتأخرة وهي كثيراً ما ترتبط بمعرفة المريض بالتشخيص ووخامته وطبيعة إستجابته لوضع مؤلم يغير نمط حياته وعلاقاته بالمحيط ومن أهم هذه التظاهرات إرتكاسات قلق ثم إرتكاسات همود مع إعتداد المرض قد تقود إلى محاولات الإنتحار . كذلك قد يرفض المريض حقيقة التشخيص ويتمرد على مصيره وقد يصل إلى إنكار المرض ورفض المعالجة .

II أهم الأمراض والآفات الجسمية المؤدية إلى اضطرابات نفسية

من بينها آفات وأمراض تتظاهر منذ البدء بلوحة سريرية نفسية أو تكون التظاهرات النفسية في المقام الأول من الأعراض وهي بعض الآفات العصبية والأمراض الغدية والإستقلابية والآفات القلبية الدورانية والرئوية الحادة (الاحتشاء) والإعتلالات الدموية والآفات الألية وأدواء القراء .

- وهذه الآفات عموماً هي :

- أمراض الجهاز العصبي المركزي : الإلتهابات الدماغية والسحائية ، الرضوض الدماغية ، الأورام الدماغية ، إستسقاء الدماغ وهبوط توثره ، النزوف وأمّهات الدم القحفية ، داء باركنسون ، التصلّب اللويحي ، الصرع .
- الآفات الغدية والإستقلابية : داء أديسون ، قصور الدرق أو فرطه داء كوشنغ ، قصور نظيرة الدرق أو فرطها ، الداء السكري ، هبوط سكر الدم . . .
- الإعتلالات الدموية : داء بيرمر ، داء فاكيز ، البورفيريا .
- أدواء القراء : الذئبة الحمامية .
- عوز الفيتامينات : والقصورات الغذائية .
- الآفات الكبدية والكلى .

I التظاهرات والاضطرابات النفسية في الصرع والنوبات الصرعية

يحدث الصرع لعدة أسباب عضوية ووظيفية بنوية أو طارئة يمكن إثبات بعضها عن طريق وسائل الإستكشاف بينما يظل بعضها الآخر متعذر التحديد . فهو يكون نتاجاً لتشوهات ولادية (تشريحية ، وعائية . . .) ولحوادث خلال الولادة كنقص الأكسجين الحاد والنزوف والكسور القحفية الخ . . . وقد تطرأ النوبات بفعل نمو أورام دماغية ولمختلف أنواع الرضوض وعقاييلها (كتليف السحايا) . وتوجد عدائل نفسية - عصبية للصرع تطرأ بشكل متقطع واحتدادي منها . اضطرابات المزاج الإشتدادية ، الآليات النفسية الحركية ، التظاهرات النفسية الحواسية الإشتدادية .

التظاهرات والتناذرات النفسية التي تحملها التوبات الصرعية :
تتميز هذه الإضطرابات بأنها تبدأ وتنتهي بشكل فجائي وتكون غالباً سريعة
العبور . كما يطرأ فقدان ذاكرة فجوي يتعلق بهذه الإضطرابات التي تميل إلى النكس
والتكرار على نفس الشاكلة .

من بين هذه التظاهرات :

- حالات غروبية : تسم باندهاش مديد أحيانا دون فقدان توجهه يظل فيه
النشاط منتظما عموما وقد تتخللها أهلاس وهذيانات مع سلوكيات عنيفة .

- حالات حلمية : تتخللها مشاعر غريبة وضياغ شخصية وتكرر الأحداث
وعودة الماضي والذكريات وأحيانا أهلاس بصرية أو سمعية .

- الآليات النفسية الحركية وتسمى أيضا بالتشرد الصرعي الذي يجب تمييزه عن
أشكال التشرد الأخرى (الهستيرية السيكوباتية . . .) وهو سلوك آلي يشابه الحالة
الغروبية دون هذيانات أو أهلاس بل ينطلق المريض في تنقلات ورحلات بعيدة
وغير عادية ودون وعي ولاثر عودة المريض إلى حالته الطبيعية يحدث لديه وهل فجوي
ولا يدرك ما حدث له .

- تناذرات تخليطية وتخليطية حلمية .

التبدلات السلوكية والنفسية المديدة في الداء الصرعي :

تحدث لدى المريض الصرعي عدة تبدلات بامتداد الداء منها :

- بطء التفكير ولزوجته وركودته حول التفاصيل والتكرار والتشبث بنفس
الموضوع وتراجع الملكات الذهنية عموما بنسب متفاوتة .

- تحدث أيضا اضطرابات بالطبع والعاطفة والانفعال منها القلق والإلتصاق
والإرتباط العاطفيين والسلوكيات المتصلبة وسلوكيات عدائية وعدوانية وأطوار
همودية إرتكاسية ، كما تشاهد أندر من ذلك إضطرابات شديدة بالشخصية تتمثل
بالإنفجارات الانفعالية والاضطراب المزاج والعدائية والتشكي الدائم كذلك يحدث
لجم إجتماعي . ويشاهد أحيانا لدى الصرعيين تطور هذيان هوسي مزمن ذات
مواضيع روحانية أو تعقيية أو مراقبة غريبة غير نموذجية وتشاهد أيضا حالات تطور
عته تدريجي .

2 - بعض التظاهرات النفسية للأورام الدماغية :

- في الأورام الجبهية تكون الأعراض قليلة أو صاعدة . وهي تشتمل نفسياً بحالة من تساوي المزاج واللامبالاة أو مرح ويشاشة «غيبية» (كتلك التي تشاهد لدى ناقصي العقول) مع اللامبالاة .

- الأورام الصدغية : قد تحدث نوبات صرعية تترافق بأهلاس سمعية ونوبات إحتدادية من الشعور بالإختناق تشابه نوبة الحصر وآلام بطنية وتشنجات عضلية معممة .

- أما الأورام القفوية فقد تسبب في نوبات صرعية مع أهلاس بصرية .

3 - الاضطرابات النفسية العصبية في الرضوض الدماغية :

قد تحدث إثر الرض مباشرة حالة تخلطية واضطرابات وظيفية نفسية عصبية كالحالة الحلمية والهذيان والحالات الغروية واضطرابات الذاكرة وتبدلات المزاج (هوسية أو همودية) . . .

أما الاختلاطات والعقائل الوظيفية النفسية - العصبية البعيدة فتتظاهر بما يسمى التناذر الرضي الدماغي الذاتي حيث غالباً ما لا تكشف الفحوص والإستكشافات المتنوعة عن آفة عضوية . ويتضمن هذا التناذر :

- صراع وأحاسيس دوار أو نوبات غثيان وإقياء ، وقمه .

- اضطرابات حواسية سمعية أو بصرية .

- وهن عام

- اضطرابات النوم

- اضطرابات الذاكرة والتركيز .

- تبدلات بالطبع ، كالعاطفية والإتفعال والإستثارة

4 - الاضطرابات النفسية لورم دموي متأخر تحت الجافية

تكون العلامات في المرحلة البدئية متمثلة بالصراع المعتدونوبات الدوار والإستثارة واضطرابات المزاج لدى فرد تعرض لرض قحفي منذ فترة مديدة .

أما في مرحلة أكثر تأخرا ، فتشاهد حالة تخطيط يعقبا تغييم وعي نومي وتترافق اضطرابات الوعي هذه أحيانا بنوبات تشنجية وأعراض عصبية .

وهذا وتشاهد حالات تعقب مختلف أنواع الرضوض قد تشكل تعقيدا للعقائل الأصلية تتسم بظهور أفكار هذيانية من نوع الإساءة والمطالبة والتأويل المتمركز حول الإصابة الرضية .

III التظاهرات والاضطرابات النفسية في التناذرات الألية

يرتبط تعامل الفرد مع الألم وإرتكاسه تجاهه بعدة عوامل ، منها بنيتة النفسية وعمره وانتماءه الثقافي الاجتماعي إضافة لما يفترضه بعض الباحثين من وجود عوامل وراثية تحدد درجة تحمل الألم .

لذلك فإن الارتكاسات تجاه الألم تتباين من فرد لآخر ، من حساسية مفرطة إلى درجة عالية من التحمل . ولا شك أن نوع الألم ذاته يلعب الدور الهام في تحديد نوعية الاستجابة وتطورها وتبدلاتها ، فتكون الارتكاسات مختلفة من ألم خفيف إلى ألم شديد ومن ألم حاد إلى ألم مديد . وتنوع هذه الاستجابات بين حالات القلق والحسب واضطرابات المزاج من غضب وإنفعال وإستارة وحالات نكوص إلى سلوك طفلي يتسم بالارتباط العاطفي وطلب الحب والتعلمين وتشاهد نزعات همودية كما تشكل سلوكية هستربائية حادة أحيانا إرتكاسا للألم . ويلاحظ أن شدة الألم تخف في بعض الحالات بتأثير الإيحاء النفسي . . .

كما أن الألم يكون أحيانا نظاهرا أو عديلا لاضطراب نفسي مثل التناذرات الألية العصبية النفسية (الصداع ، الآلام القطنية ، الآلام الصدرية أو البطنية . . .) التي تتظاهر في الوهن العصبي والوهن النفسي . وتكون أحيانا عديلا للتناذر الهمودي . ويأخذ الألم أحيانا أخرى قيمة تكافؤ ضدي في اضطرابات مرضية نفسية شديدة كحالات التشويه الذاتي دون إعتبار للألم كما في الهمود الشديد المترافق بهذيانات الذنب والنفسي (بهدف إلتحاري) وفي الفصام وبعض الحالات السيكوباتية ، كذلك يصبح الألم في الإلتحراف المازوشي مصدرا للمتعة .

١٧ التظاهرات والاضطرابات النفسية عند المداخلات الجراحية

. تحصل الهوية الجسدية أهمية كبرى في التشكل والبنيان النفسي للفرد وتعكس صراعاته واضطراباته النفسية ، لذلك فإن المداخلة الجراحية تشكل إشارة لغريزة البقاء لدى الفرد بما تمثله من خطر على حياته يقيمه تبعاً لبنيته النفسية كما تشكل مساً لهويته الجسدية ، لذلك فهي كثيراً ، ما تثير في مختلف مراحلها إرتكاسات نفسية متفاوتة . فقبل المداخلة قد تحدث إرتكاسات حصر وفزع كما تحدث حالات همودية . أما بعد المداخلة مهما كان نوعها فتصادف حالات تخليطية أو هذيانية حادة . . . ومن التظاهرات النوعية لبعض المداخلات :

- إثر المداخلات الجراحية العينية تصادف حالات هذيانية وتناذرات هلسية .
- إثر بتر أحد الأعضاء : تناذر العضو الوهمي (أوهام وأهلاس حسية تتعلق بالعضو المفقود) .

- بعد إستئصال الرحم : تناذرات همودية .
- بعد للمداخلات الجراحية الكلوية : تناذرات هذيانية وهمودية الخ . . .

الاضطرابات النفسية المؤدية إلى طلب المداخلة الجراحية :

يجب على الطبيب الجراح معرفة أهم هذه الحالات لكثرة مصادفتها تجنباً لمداخلات عبثية لا تزيد الحالة غالباً إلا وخامة ، ومن هذه الحالات :
- الشخصيات المستريائية التي يتعدّد لديها طلب المعالجات والمداخلات الجراحية .

- التناذرات المراقية (الشكاوي المرضية الوهمية المتعددة) .
- رهابات تشوّه الجسد (لدى الفصامين) وهذيانات تبدك الجسد .
- تناذر تقليد المرض وهوس الجراحة (تناذر منشوسن) وهي حالات هلر فاعل يقوم فيها المريض بتشويه مصطنع لجسده تكون البنية المرضية النفسية متنوعة يثبت

فيها نقص النضج العاطفي والمازوشية وتشاهد سمات هستريائية وإنحرافية وأحيانا سيكوباتية أو هليانية .

- اضطراب الهوية الجنسية الهلياني .

وتمثل نسبة من هؤلاء بعض الذين يلاحقون الجراحين إثر المداخلات بفعل أفكار زورية .

11 التظاهرات والاضطرابات النفسية الطارئة خلال الحمل والنفاس

يشكل الحمل والولادة تجربة صعبة وحيرة لدى المرأة لها أبعادها النفسية و العضوية والاجتماعية والثقافية . لذلك فإن هذه التجربة تخضع لخصوصيات هذه الأبعاد ، بحيث يجب النظر إلى الأزمة النفسية المرافقة للحمل والاضطرابات المرضية الناشئة عنه من خلال خصوصية كل امرأة ومحيطها على مستوى بنيتها النفسية وحياتها العاطفية ووسطها الأسروي والثقافي - الاجتماعي والاقتصادي ومدى رغبتها بالحمل وخصوصياته (حمل أول أو تالي ، ما يرافقه من عوامل واضطرابات عضوية ...) ويلعب النضج العاطفي والجني دورا هاما ،

أ - أهم الاضطرابات خلال الحمل :

1 - أعراض عصبية واضطرابات خفيفة بالطبع تتمثل بحالة حصر ذات تظاهر جسدي كالدوار والخفقان والكوابيس والرغبات الشاذة . وتدخل الخصائص الثقافية في مواصفات بعض الأعراض . كما تكثر الأفكار والوساوس القلقة كالخوف من الموت خلال الولادة (وقد تتحول إلى رهابات) والخوف من شذوذ الوليد أو من الأمومة .

2 - تظاهرات هستريائية : كثيرة المشاهدة تتمثل في شكاوى جسمية وسلوكيات نكوصية طفولية نرجسية تتمثل بالمطالبات العاطفية وسرعة الإنفعال الح . . . وأحيانا حالات إنكار للحمل أو نوبات هستريائية .

2 - تظاهرات هستريائية : كثيرة المشاهدة تتمثل في شكاوي جسمية وسلوكيات نكوصية طفلية نرجسية تتمثل بالمطالبات العاطفية وسرعة الانفعال الخ . . وأحيانا حالات إنكار للحمل أو نوبات هستريائية .

3 - تظاهرات نفسية جسمية : (نوبات إقياء ، غثيان ، شره ، فرط ألعاب وقد تتطور هذه الاضطرابات إلى إقياء معتد ترافقه أعراض عصبية يتطلب المعالجة السريعة وقد يتحول إلى إرجاج نفسي .

4 - اضطرابات نفسية تحدث غالبا إثر الولادة ومنها النفاس النفسي والهمود الاكتئابي (خصوصا خلال الحمل) ، تناذر اليوم الثالث ، إثر الولادة متمثلا في همود خفيف ونوبات بكاء وشعور بالذنب وعدوانية ويكون أحيانا شديدا ويتطور إلى نفاس نفسي . وفي حالات الاستعداد النفسي ، قد تحتد الاضطرابات خلال الحمل أو بعد الولادة وقد تصل إلى هذيانات تدفع الأم إلى قتل وليدها .

ب - التظاهرات والاضطرابات النفسية (الخفيفة) حسب مراحل الحمل :

- 1 - الثلث الأول : اضطرابات إنفعالية وعاطفية (تكافؤ ضدي ، طلبات عاطفية) ، تبدلات الطبع ، تبدلات اللوق والعادات الغذائية ، إقياء . . .
 - 2 - الثلث الثاني : تخف هنا حدة الاضطرابات السابقة عادة .
 - 3 - الثلث الثالث : التمرکز على الذات ، الإهتمام بالصورة الجسدية ، ظهور حالات القلق المتعلقة بالمخاض والولادة .
- ومن المعروف أن بعض الاضطرابات النفسية تستوجب إجراء الإجهاض الطبي منها :

- الحالات الهذيانية المزمنة واضطرابات المزاج النفسية .
- الإدمانات الإنسمامية .
- المعالجة بالليثيوم خلال الأسابيع الأولى من الحمل .
- ومن الجدير الإشارة إلى أن اضطرابات نفسية كالحمل العصبي (الوهمي)

ورهاب الحمل تظهر على قاعدة عصابية (كالمستريا) أو إجتماعية وتتعلق بالرغبة في الحمل أو الخوف منه .

الفصل

الثامن

التخليط الذهني

التخليط الذهني تناذر غير نوعي لا تقتصر مشاهدته على الأمراض النفسية والعقلية بل غالبا ما يكون دلالة على إصابة دماغية او مرضية عامة عضوية شديدة تتطلب معالجة إسعافية سريعة .

يشاهد التخليط الذهني خصوصا في الإضطرابات الاستقلابية والحالات الإنسامية والأفات الدماغية - السحائية ويكثر نسيها لدى المسنين .

وهو حالة حادة وعكوسة لا يتعلق انذارها بالأعراض النفسية ، بل بالعوامل السببية . وتتميز بأضطراب الوعي والنشاط النفسي - الذهني والتوجه الزماني المكاني وتدني اليقظة والإستقبال الحسي وأضطرابات الذاكرة ، وكما يشاهد غالبا هذيان حلقي .

الأعراض المنيرة يبدء التخليط الذهني

يبدأ التخليط الذهني غالبا ، وخلال أيام ، بآرق وصداع وقمه (فقدان للشهية) واضطرابات للمزاج والطبع . وتبدل فكري وشعور بالغربة وفهول قلق واضطرابات سلوكية وهياج .

تتسم هذه الاضطرابات البدئية ، غالبا بتبدلها وتفاوتها من حين لآخر بينما يحدث أن يكون البدء مفاجئا وشديدا بظهور حالة حلمية مفزعة وبضباع عميق .

1 - الأعراض والعلامات السلوكية والنفسية

يبدو المريض في حالة حيرة قلقة ذوسماء مذولة لا يركز انتباهه على ما يحيط به ، غائبا عن واقعه بطي الحركة والكلام وقد يلتزم الصمت أو يغمغم عبارات غير مفهومة ، حركاته غير هادئة ورعناء ، يكون أحيانا خاملا لا يستجيب للمثيرات محافظا على وضعية جسدية بينما يحتاج أحيانا أخرى تبعا لأهلاسه وهذياناته الحلمية .

١ - التخليط :

تتفاوت درجة التخليط في شدتها من تبدل الذهن والذهول حتى الخبل والسبات و اضطراب كامل النشاط النفسي والذهني والحسي - الحركي فيتغيرم العالم الخارجي بالنسبة للمريض الذي يصبح عاجزا عن التعرف على محيطه وللتوجه فيه والتعرف على أقربائه والقيام بالأعمال العادية .

أ - اضطراب الوحي

تتفاوت درجته خلال اليوم ويزداد عادة مساء وفي العتمة . ويمر المريض أحيانا بفترات حفاء تكتنفها الحيرة حيث يسأل عما يحدث له وعن المكان الذي يوجد فيه . وهذه علامة مميزة للتأخر التخليطي .

ب - اللاتوجه الزمني - المكاني

من أكثر الأعراض تميزا للتخليط ، فيغطي المريض زمنا في تحديد التاريخ والتوسم ومدة مرضه كما لا يتمكن من تحديد مكان وجوه ولا الإهتمام إلى غرفته .

ج - اضطراب الذاكرة

لا يثبت المريض المعلومات والأحداث خلال مرضه (فقدان الحافظة) لذلك يحدث إثر الشفاء وهل فجوي يعطي فترة التخليط . ويعجز المريض عن تقديم معلومات حول ما حدث خلال ذلك . كما تكثر مشاهدة التعرف الخاطيء فتلتبس هوية الأشخاص أمام المريض .

2 الحالة الحلمية - الأهلـاس والهذيانـات المرافقة

هي حالة مرضية يعيش فيه المريض حلمه كواقع يلتصق به ويمارسه وهي تشتمل أهلاسا بصرية أساسا ترافقها أهلاـس سمعية ولمسية وأوهام حسية عديدة . يبني المريض إنطلاقا من هذه التظاهرات مشهدا يعيشه ويشارك فيه . تشاهد أهلاـس سمعية كأصوات مهلدة وضجيج وأهلاـس حسية كحس الحرق والبرود ولمسية كالإحساس بأجسام تزحف على الجلد ، إلا أن الأهلاـس البصرية هي المسيطرة مشاركة في الهذيانـات التي تتميز بما يلي :

- ١ - تتضمن مشاهد سريعة الحركة مرتبطة بأحداث قديمة أو حديثة .
- ٢ - يتمحور الهذيان حول مواضيع محددة وثابتة ترتبط بالمهنة ، أو العنف أو الحيوانات الخ .

- ٣ - يحمل هذا النشاط الهذياتي الهلـسي شحنة إنفعالية قوية .
- ٤ - يلتصق للمريض بهذيانه ويشارك فيه (الهذيان الفاعل) بحيث قد يقوم بأعمال هجوم وعنف أو هروب . معرضا نفسه أحيانا للموت دون قصد إنتحاري .
- ٥ - يفقد المريض فيما بعد ذاكرة هذا الهذيان إلا أن آثار الشحنة الإنفعالية تظل قائمة لفترة .

تكون الحالة الحلمية متقطعة أحيانا وتشتد عند المساء .

2 الأعراض والعلامات الجسمية والحوية

تشاهد عدة أعراض وعلامات كالأرق والصداع وارتفاع الحرارة إلا أن أهمها هو التجفف الذي يعود إليه قسم من مسببات التخليط الذهني ، ويجب اجراء تحريات كاملة وفحوص عصبية . بحثا عن علامات مسحاتية أو إختلاجات وتحري المقوية العضلية وللمعكسات والحدقة وحركات العينين وقعر العين والحالة الإنباتية (التنفس ، جهاز الدوران) ، وظائف الكبد .

- التجفف :

قد يكون سببا للتخليط أو ينجم عن إحتياج المريض ، وهو يتظاهر بعلامات مثل جفاف الجلد وتحمده (علامة القرص) وغزور العينين وجفاف اللسان واللثة . يعكس ارتفاع الحرارة أيضا التجفف فتصل إلى ٣٨ درجة وفي الحالات الوخيمة ترتفع إلى ٣٩ - ٤٠

كما ترتفع البولة لارتفاع الهدم الحيوي ويزداد تركيزها في الدم . ونظرا لتعدد السببية في التخليط الذهني وضرورة معالجتها ، يجب القيام بعدة فحوص مخبرية ، مثل : مخطط الشوارد ، السكر الدموي ، الأوريميا ، وعند الحاجة : تحري السمم ، غازات الدم ، البذل القطني ، تخطيط الدماغ الكهربائي .

التطور التخليط الذهني

يعتبر إنذار التخليط الذهني جيدا عموما عندما يتلقى المعالجة المناسبة ، أما عندما يحدث الخطأ ، فإن المريض يتعرض للوفاة بسبب الوهط الدوراني ، لذلك فإن الشفاء يشكّل عادة التطور المألوف للتخليط سواء بشكل سريع أم تدريجيا .

العقائيل

نسمع العقائيل بالقيام بتشخيص راجع

أ - الوهل الفجوي : الفجوة التخيلية حيث ينسى المريض كل ما حدث خلال مرضه .

ب - الأفكار الثابتة ما بعد الحالة الخلمية :

حيث يندثر الهديان المرضي إلا أن أحد عناصره يظل حاضرا في ذهن المريض لفترة تتراوح عادة بين ٣ - ٤ أسابيع ثم يختفي إلا إذا حدث إنكاس تخليطي .
ج - العقابيل الانفعالية حيث تظل شحنة انفعالية مرافقة للمريض لمدة معينة .

د - نادرا جدا ما يشاهد إنتقال إلى الإزمان .

الأشكال السريرية للتخليط الذهني

١ الأشكال حسب الأعراض:

١ - الشكل التخليطي - الخلمي المشترك وهو الشكل الكلاسيكي
٢ - الشكل التخليطي البحت حيث لا تتظاهر أعراض الحالة الخلمية لدى المريض

٣ - الخبل التخليطي (الشكل الخلي)

ترتفع عتبة الإستثارة والإرتكاس لدى المريض ، فلا يلتقط إلا قدراً ضئيلاً من المعلومات والإشارات ويصبح إدراكه للعالم الخارجي غائماً عاجزاً عن ربط الإتصال به ، ويتباطأ نشاطه النفسي والذهني فيضعف نشاطه الحركي بشدة ويفقد وسائل التعبير ، وتوجد هنا صعوبة في التشخيص .

يمر الخبل بثلاث درجات

أ - الدهول : يرى المريض ما يحيط به ويتجاوب معه إلا أنه يبدو تائهاً ، ينقطع سياق تفكيره ويخطئ في إجاباته ، ينظر حوله بشكل مدهوش . وينسى أحياناً هدف أعماله أو حركاته وقد يكون أحياناً في حالة استثارة وهياج خفيفين

يمكن أن تشير هذه الحالة إلى سياق إنسمامي يصبح أشد خطراً في تطوره إن لم يتم تلافيه في الوقت المناسب.

ب - الحالة النومية (ما تحت السبات)

تعقب. للذهول أو تحدث بشكل مفاجيء يكون المريض متهاوياً يصعب الاتصال به، لا يرتكس لما يحيط به، وقد يبدي حركات عفوية إلا أن المنعكسات الرئيسية تظل قائمة.

ج - السبات

يفقد المريض الوعي ولا يرتكس للعالم الخارجي. تغيب منعكساته وتطراً تبدلات على نشاطه الإنبائي (التنفس، الدوران، المقوية الوعائية والمفرزات) حسب العوامل المسببة (رضية، خلطية، إنسمامية، إنتانية الخ. .)
 ٤ الشكل الحلمى:

تتظاهر الحالة الحلمية هنا مساءً وخلال الليل بينما يكون النهار أكثر هدوءاً ويتطور التخليط بشكل غير منتظم. تسيطر هنا الأهلـاس المشبهة، حيث يبدو المريض وكأنه يعيش في عالم خيالي مخالف للواقع. ويضطرب لديه الإدراك الزمنى والتوجه المكاني فتمر به أحداث وهمية متعاقبة وسريعة خلال فترة قصيرة من الزمن وهو يعيش هذه الأحداث ويشارك فيها. ويغلب أن يتذكر المرضى هذه المحتويات الحلمية إثر شفائهم.

تشاهد الحالة الحلمية لدى الأفراد المسنين الذين يعانون من آفات دماغية (كالآفات الوعائية). وفي التهابات الدماغ والإنسمامات كما تشاهد لدى الفصامين في حالات الجمود الحلمى. وأيضاً إثر المداخلات الجراحية الكبرى لدى المسنين.

٢ الأشكال حسب التطور

١ الهذيان الحاد:

يتميز الهذيان التخليطى بأهلـاس شديدة بصرية خصوصاً. يفقد المريض التوجه الزماني والمكاني، ويندمج في هذيانات عديدة الأشكال. فتظهر عليه سيماء

الفرع والخوف والغضب ، فيهجم أو يهرب أو يختبئ . ويكون مضطرب الحركة لا يهتدي في محيطه ، فيضطرم بالأثاث والأشخاص . وقد يقفز من النافذة أو السلم من طوابق عليا ، دون أن يدرك خطر ذلك وقد يقوم بأعمال عدوانية . ولا يذكر المريض عند شفائه المحتويات الهذيانة التي عاشها .

من الأشكال الرئيسية للهذيان التخليطي :

أ - الهذيان المهني : حيث يخطئ المريض في تحديد محيطه الزمني والمكاني ، فيعتقد أنه بصدد مزاوله مهنته ويقوم على أساس ذلك بالسلوك والحركات المهنية المعهودة لديه . . .

ب - الهذيان الهاديء : يحرك المريض شفتيه ويتمتم كلمات سريعة غير مفهومة ولا يغادر سريرة بل يقتصر هياجه على حركات عشوائية سريعة غير هادفة والعث بالفراش والأغطية والثياب وحركات عشوائية للأصابع . تشاهد هذه الحالة خصوصاً في فقر الدم الشديد والإنسجام السرطاني . . .

يمثل الهذيان الحاد حالة تخليطية ونخيمة ترافق بحالة حلمية شديدة لاتدوم أعراض البدء هنا (كتبدلات المزاج والأرق والصداع والقلق) إلا ساعات قليلة وسريعاً ما يحل الهياج الحلمي واضطراب التوجه وترتفع الحرارة وتظهر الأعراض العامة للتجفّف الذي يكون شديداً وخصوصاً منها الارتعاش الذي يدلّ على وخامة الحالة . ويكون ارتعاشاً دقيقاً معتمياً يشاهد على الفم والشفتين والصدر والأطراف ويزداد شدة بلعس المريض يصادف خصوصاً لدى الكحوليين ويسمى الارتعاش الهذيان الذي لا علاقة له بالرجفان المعهود لدى المدمنين الكحوليين ، ويسمى خطأً بالهذيان الحاد الإوريمائي ، إلا أن ارتفاع الإوريميا في هذه الحالة هو نتيجة للحالة التخليطية الحادة وليس سبباً لها . فالارتعاش الهذيان علامة على تجفّف شديد ويشاهد لدى الكحوليين الذين يتناولون عدة ألتار يومياً من المشروبات الكحولية .

٢ - الشكل الدوري :

هو شكل نادر يشاهد لدى المريض مرّتين أو ثلاثاً خلال حياته ، دون أي

سبب ظاهر. ويكون التخليط الذهني من النمط الخفيف وغالباً ما تكون لدى المريض سوابق هوسية همودية يغلب عليها القطب الهمودي. ويُفسَّر بعض المحللين النفسيين هذه الظاهرة بأنها حالة تفكُّك باللاشعور...

٣ - أشكال خاصة من التخليط الذهني

١- الحالات الغروبية:

تبدأ بشكل مفاجيء، تتظاهر باضطراب كامل للوعي وأهلاس وهذيانات عنيفة تدفع المريض إلى الإعتداءات والقتل ويكون الإتصال بالعالم الخارجي والتوجه فيه مفقوداً تماماً. تدوم هذه الحالة لدقائق أو ساعات ثم تزول فجائياً مثلها بدأت ويعقبها نوم مرضي ينسى المريض إثاره كل ما حدث.

يصادف هذا الإضطراب في الآفات الدماغية العضوية (أورام، تلف نسجي...) وفي الثمل المرضي والصرع (حيث يعتبر أحد عدائله)

يعتبر التنقل اللا إرادي (حيث يسافر المريض دون سابق إنذار أو وعي وينسى فيما بعد تفاصيل تنقلاته) والتشرّد الغروي الذي يحدث لدى الصرعيين وفي الآفات التشريحية الدماغية والسرمنة (التنقل أثناء النوم) أشكالاً خاصة من الحالة الغروبية.

٢- التفكك الذهني:

يشاهد أحياناً في الفصام وفي حالات الإنسجام الوخيمة، حيث يفقد الترابط بين مختلف الأنشطة والملكات الذهنية والنفسية فيتفكك إدراك العالم الخارجي، وينجزاً ويتشوّه ويضطرب التفكير والتعير ولا يتوافقان. بينما تتبدل الإنفعالات بسرعة ولا تتوافق مع الموقف ويحدث هياج حركي عشوائي ومحدود. أما الأهلاس وهذيانات فهي أيضاً مفككة المحتوى ومتقطعة.

تدوم هذه الحالة من عدة أيام إلى عدة أسابيع. ويعقبها فقدان ذاكرة فجوي، إلا أن المريض يحتفظ أحياناً ببعض الإنطباعات عن حالته.

٤- التشخيص التفريقي للتخليط الذهني :

يلاحظ أن المرضى الذين لا يقتّمون مسببة عضوية مباشرة للتخليط الذهني ، تميل أهلاسهم إلى التشاؤك بمركبة سمعية أكثر منها بصرية ويكون اهتداؤهم أقل اضطراباً والوظائف العقلية سليمة لديهم كما أن تخليط الدماغ الكهربائي يكون سوياً. أما الشفاء فيكون عادة تلقائياً.

ويجب، أمام حالة، لا تظهر فيها بداهة السببية العضوية، التفكير بإحدى الحالات التالية:

- أ- بحالة جمودية داخلية المنشأ، عند تنصّر الأعراض حالة من الهياج القلق أو الخبل، خصوصاً لدى شخص متقدم بالسن.
- ب - بفصام جمودي أو بالخرس اللا حركي العصبي أمام حالة خبلية.
- ج - بهجمة هذيانية، عند تغلب الحالة الحلمية الهلسية
- ج - بحالة عتية أيا كان غلط الحالة التخليطية عندما يكون المريض مسناً.

٥ - سببات التناذرات التخليطية:

الأسباب العامة

وهي الأكثر شيوعاً،

١- الإنتانات:

حيث توجد أمراض إنتانية يشكل التخليط عرضها القاعدي كالتهفوس والحمى التيفية.

كذلك في كل الأمراض الذي تحدث ارتفاعاً في الحرارة يتجاوز ٣٩ درجة حيث يوجد لدى كل فرد عتبة محمل للحرارة خاصة به يحدث إثرها التخليط.

من الأمراض الإنتانية التي يشاهد فيها التخليط:

- الإنتانات الفيروسية (النكاف، الأمراض الإندفاعية...
- الآفات الحموية: أنتانات الدم (تجرثم الدم). إلتهابات الشغاف...
- إنتانات طفيلية كداء النوم، والملاريا...

٢- الأسباب الإنسمامية:

- الإدمان الكحولي المزمن (بآلية غير مباشرة: التجفّف)
- التسمّم بالمخدرات (الحشيش، المهلّسات، الأفيون، الهيروين، الكوكائين، الأثير الكلورال...

- الإنسمامات الغذائية: الإنسمام بالفطر.

- الإنسمامات المهنية الطارئة: الرصاص، الزئبق، أوكسيد الكربون، كلورور بروم الميتيل، المبيدات الحشرية، الأمونيت...
- الإنسمامات الدوائية:

تحدث مضادات داء باركنسون خصوصاً أرتان Artane، الأتروبين حالة تحيطية عندما تكون مترافقة بأدوية نفسية أخرى (مثبطات عصبية مهدئة (نوزينان Nozinan) + منومات (تيرالين Theralene) يلاحظ بعض المؤلفين أن هذه الحالة تحدث لدى شخصيات هستريائية ويجب إيقاف كلّ الأدوية للحصول على الشفاء إضافة للإسعافات اللازمة.

- مضادات الهمود (إمپيرامين Imipramine) خصوصاً لدى المسنّين
- المضادات الحيوية: كوليميسين، بكتريم Bactrim، نيغرام: Negram.
- البزموت، الكورتيكوئيد، مضادات السلّ، الساليسيلات، خافضات السكر الدموي، أملاح الذهب، مضادات الملاريا مضادات التحولات الزحارية...

٣- الآفات الجسميّة:

أ - اليرقان الوخيم

ب - السبات الكبدي الوخيم: الإعتلال الدماغى الكبدي في التسمّع حيث يشاهد إرتجاج باليدين (علامة نصفين اليدين)

ج - القصور الكلوي المزمن، أوريميا المسن في تضخّم البروستات

د - القصورات التنفسية المزمنة:

انتفاخ الرئة حيث يتميّز التخليط بحالة حلمية ويلاحظ أزرقاق بالنهايات. تكون الحالة مدبّدة ولا يجب أن تلبس بحالة هذيان مزمن حيث يرتبط الهذيان بموقف واقعي.

هـ - الآفات العذية والاستقلابية
- القصور الكفري الحاد
- قصور التخامى الحاد (تناذر شيهان ما بعد الوضع، ويكون التحليط عابراً في أغلب الحالات).

- داء كوشنغ (فرط الكورتيزون)
- قصور وفرط الدرق.
- فرط الكلس الدموي.
- هبوط السكر الدموي.
- فرط نظائر الدرق.
- إعتلالات الدماغ بعوز الفيتامين.
- البورميزيا الحادة المتقطعة.

٤ - التخليط لأسباب عصبية مركزية.
أ - التهابات السحايا.
ب - التهابات الدماغ حيث يكون التخليط عرضاً هامشياً.
ج - إعتلالات الدماغ العوزية (فيتامين ب ١).
د - الرضوض الدماغية المترافقة بفقدان الوعي، حيث يحدث سبات ثم تخليط وذهول ثم صحو تام. ويحدث فقد ذاكرة فجوي يعود إلى ما قبل الحادث يتراوح بين عدة دقائق وعدة أيام.
هـ - الأورام الدماغية.
و - النزوف السحائية.
ز - الصرع ويعقب التخليط النوبة الصرعية أو يسبقها.
ن - نقص الأكسجين والتروية الدماغية لوهط قلبي أو فقر دم شديد.

٥ - التخليط المرافق لإضطرابات نفسية وإنفعالية .
- التخليط الإنفعالي يحدث إثر صدمة أو رض إنفعالي شديد حيث تسمح إضطراب الوعي بالمحروب من موقف يفوق التحمل (مثل ظروف الحرب لدى الجنود) ويُشاهد غالباً طور كمون إثر الرض النفسي تعقبه هجمة تخليطية حلمية.

كما تحدث حالات تخليطية خفيفة لدى الإنفعلين بمواجهة حصر نفسي شديد.

- النفاسات:

- أ - حالات العته: وتحدث فيها هجمات تخليطية
- ب - الفصام: يحدث تفكك الشخصية عادة دون إضطراب الوعي لذا، نادراً ما يأخذ البدء الفصامي شكلاً تخليطياً.
- ج - النفاس الهوسي الهمودي: لا يشاهد التخليط، عموماً، في الحالات الهمودية، أما في الأطوار الهوسية فغالباً ما يحدث التخليط الذهني في نوبة هوسية مترافقة بتناول الكحول.
- د - تكثر الحالات التخليطية لدى المتخلفين عقلياً وهي تشفى بسهولة.

المنشأ المرضي:

نادراً ما يمكن تحديد الآليات التي تؤدي إلى التخليط الذهني وكان يعزى سابقاً إلى الأوريميا إلا أنه ثبت أن ارتفاع البولة الدموية هو نتيجة وليس سبباً للتخليط.

ولاحظ الباحثون تقارباً بين خصائص الحلم العادي والتخليط حيث يلتقيان في عدة سمات ومن بينها نسيان محتوى الحلم، الذي يتم بشكل تدريجي.

٦- معالجة التخليط الذهني:

يعتبر التخليط الذهني حالة إسعافية تستوجب العلاج الإسثنائي ويتم الاسعاف حسب الخطوات التالية:

١- مكافحة التجفف بتقديم السوائل بشكل كثيف عن طريق الفم إن أمكن وإلا عن الطريق الوريدي. كما يصحح الاضطراب الشواردي حسب مخطط الشوارد.

٢- تهدئة الهياج والحالة الحلمية بحقن مثبطات عصبية ويفضل في هذه الحالة الهالدول Haldol على غيره وإلا تُقدّم مهدئات كالبيرويات Meproamate بمقادير كافية حيث تكون فعالة وجيدة التحمل. ويفضل تقديم مضاد للقلق Tranxene ترانكسين ثم مثبط عصبي.

ويتم أحياناً اللجوء إلى الصلحة الكهربائية في معالجة حالات تخطيطية تتطور نحو هذيان حاد.

٣- لا يجب ضبط المريض أو تقييده ويجب توفير العناية العامة له ومراقبته باستمرار والحفاظ على إنارة دائمة لتجنب اشتداد الحالة الحلمية.

٤- يجب خلال الإجراءات الإسعافية السابقة تحرّي السبب ومعالجته.

الفصل

التاسع

التناذرات العتية العضوية

يتمثل المعة العضوي في تراجع ذهني شامل غير عكوس ، يعود لآفات عضوية ، مترقي التطور يصيب كل أبعاد النشاط النفسي كالذاكرة والمحكمة والانفعال وتشاهد في كل الحالات العتية اصابات نسجية دماغية ثنائية الجانب .

يجب الشك بحالة عتية لدى شخص تجاوز الخمسين من العمر عند مصادفة إحدى التظاهرات التالية :

- فقدان التوجّه الزماني - المكاني واضطرابات بالذاكرة .
- اضطرابات سلوكية .
- تبدلات أو تقلّبات ، بالطبع والمزاج والانفعال .
- نوبات شبه حلمية .
- نوبات من الهياج الليلي .
- غرابة مستجدة في الأطوار والسلوك .
- حدوث تناذر همودي .
- حدوث تناذر هذيانى خصوصا عندما تتعلّق محتوياتها بأفكار ، إساءة وتعقب ...

٢ الأعراض العامة للتناذر العتهى

- ١ - اضطراب التوجّه الزماني للكلى .
- ٢ - اضطراب الانتباه ويتظاهر بالشرود والنسيان وصعوبة الفهم .
- ٣ - اضطرابات الذاكرة فيشاهد وهل التثبيت والوهل المتلاحق . ويشى المريض الأحداث قريبة العهد ، بينما يظلّ محتفظا بالذكريات القديمة لفترة طويلة من تطوّر المرض . ويشاهد أيضا إلتباس الذاكرة والهلر والتعرّف الخاطيء .
- ٤ - اضطراب المحاكمة العقلية لدى المريض الذي لا يعي حالته المرضية ولا يقيم القصص الخيالية والمتناقضة تقييما نقديا .
- ٥ - تدنى قدرة الاستيعاب .
- ٦ - اضطراب الوظائف الذهنية العليا : يتعلّق نمط هذا الاضطراب بالمنشأ والسياق المرضيين ولا بدّ لذلك من تحديده بشكل دقيق بفحوص قياسية :

أ - اضطرابات اللغة :

- قد تتعلّق بالفهم ويتم تحرّية بالإشارة إلى مسميات وتكرار كلمات وتسمية أدوات متزايدة التعقيد .

- قد تتعلق باللغة المنطوقة أو المكتوبة .

ب - إضطرابات بالحساب أو بالقراءة

ج - إضطراب الوظائف الحركية :

- عمه حركي - فكري : يطلب من المريض القيام بحركة ذات دلالة رمزية (كالتحية) .

- عمه فكري = يطلب من المريض القيام بسلسلة حركات ذات هدف محدد .
- إضطرابات الإدراك =

● ألا تعرف البصري حيث غالبا ما يعجز المريض عن تسمية شيء مرسوم على ورقة . ولا يتمكن المريض في الإصابات البصرية المركزية من التعرف على مجموع الشكل بل إنه ينطلق من تفاصيله .

● ألا تعرف الفراغي : حيث يطلب من المريض نقل رسم فراغي على ورقة أخرى دون إستعمال ذاكرته في ذلك ولا يتمكن المريض في حالات العته والإصابات العصبية التشريحية من رسم الشكل المجسم أما في الحالات العتهية الوخيمة ، فإن المريض يرسم تخطيطات عشوائية على الشكل .



د - التفكك العتبي ويتم بتطور تدريجي ويشمل :

- نكوصاً إنفعالياً : الأنوية ، السلوك الطفلي ، التأثر والتبدل الانفعاليين أو اللامبالاة .

- اضطراب السلوكيات الغريزية : التغذية ، استمساك المصراة ، تعاقب الهياج والهدوء - اضطراب النوم وتنظيمه (النوم نهلاً واليقظة ليلاً ، ظهور منعكسات بدائية كالمنعكسات الغمية ومنعكس القبض . الخ . . .

هـ - قد تظهر عناصر هذيانية تتمحور حول التعقب والإساءة (كالسرقة حيث يفقد المريض أشياء وينساها ويعتقد أنها سرقت منه . . .)

و - قد تظهر أعراض همودية صريحة أو مقنعة :

الفحوص الشخصية والمتمة في التناذر العتبي

١ - القياسات النفسية : التي تتحرى قلبي الملكات العقلية المرضي ، باختبارات عقلية ، وتتحرى علامات الإصابة العضوية باختبارات إدراكية .

٢ - التحريات السريرية والشعاعية والمخبرية حسب التوجه التشخيصي :

- فحص قعر العين

- تخطيط الدماغ الكهربائي .

- الفحص الشعاعي والطبقي المحوري للمجمجمة . . .

- البزل القطني .

- تحري الشوارد وشموم الدم .

- تخطيط القلب الكهربائي .

II تصنيف التناذرات العتبية

- الشلل العام

وهو التهاب سحائي دماغي زهري (سيفيليسي) ، يتطور بعد فترة تتراوح

بين عشر وعشرين سنة من الإصابة السيفيلسية . يكون بلؤها تدريجياً ، يتظاهر غالباً بشذوذات سلوكية واضطرابات مزاجية وأفكار هذيانية (هذيانات العظمة) وهياج وأحياناً حالة همودية .

يبدى الفحص السريري تناذراً عتياً يترافق مع العلامات التالية :

- ديسارتريا : ضعف المفاصل .

- رجفانات .

- غياب المنعكسات الوترية .

- علامات أرجيل - روبرنسن (لاتفاعل الحدقة مع النور وتفاعلها مع المطابقة .

- إيجابية التحريات المخبرية والمناعية : الدموية بورديه وسرمان +++
نيلسون ١٠٠٪ .

- في السائل الدماغي الشوكي : فرط الألبومين وفرط الخلايا ، إيجابية الارتكاسات المناعية .

2 التناذرات العتية الشيعية

كان الأطباء ، يعتقدون أن العتة الشيعية يعود إلى تصلب الشرياني إلى أن أثبت الباحث « لرميت » في ١٩٠٥ أن الفحص التشريحي لحالات عتية شيعية لا يشير لوجود آفات تصلبية شريانية . بينما تم اكتشاف آفات نسجية دماغية تتمثل في الصفائح (أو اللويحات) الشيعية التي لوحظت في ٤٠٪ من حالات العتة دون تصلب شرياني . بينما تشاهد في ١٠ - ١٥٪ من مجموع حالات العتة الشيعية يحدث العتة الشيعية في مرحلة متأخرة من العمر ، غالباً بعد سن الخامسة والستين . بينما يحدث العتة ما قبل الشيعية بين الخمسين والخامسة والخمسين . ويكون العتة الشيعية بشكل عتة بسيط أو عتة تنكسية . وتشكل ٤٠٪ من الحالات ما يسمى . :

أ - البرمبيو هيبفرينيا (الخبل الشيعي) حيث تبدأ تدريجياً باضطرابات الذاكرة ، إلا أن المريض يحتفظ طويلاً بالذكريات القديمة . وهي تلتصق مع تناذر

كورساكوف الكحولي ، ويتمّ التفريق بالتطوّر العتھي والأعراض الأساسية
المشاهدة في العتھ الشیخی هي :

١ - اضطرابات المزاج .

٢ - اضطرابات نفسية :

- افكار هذيانية .

- حالة حلمية موضّعة : يتصرّف المريض وكأنّ أحدا موجود بجانبه .

- هياج یزداد لیلا وحالات تشرد وهيام .

لا تعرف هل وجوه الأرباب

٤ - صمم بنائي .

التطوّر : یكون مترقیا ودون هجوع وكثیرا ما تتخلّله نوبات صرعية تشير إلى
إصابة تشريحية بالدماغ ویشاهد شلوذ بتخطيط الدماغ الكهربائي .

تكون الإصابات التشريحية المرضية (التنكس الفجوي والتليقي العصبي)
مشابهة لما يحدث في « عتھ الزهايمر » إلا أن الأعراض تظهر مبكّرة في هذا الداء .

ب - حالات العتھ الوعائي المنشأ :

تحدث نتيجة لتصلّب الأوعية الدماغية وتمثّل ١٥٪ من الحالات العتھية وهي
تتأذّر عتھي یصیب عادة بعد سن الخمسين ، یكون بدؤه مفاجئا وسریعا إلا أن
المريض غالبا ما یكون لديه سوابق اضطرابات وعائية دماغية (نشبات) ، أما تطوّره
فیكون بشكل هجمات نكوصية .

تشاهد علامات التصلّب الشرياني بفحص قعر العين ویطلب ذلك إجراء
تحريّات مخبرية متكاملة دورانية وكلوية .

أما الفحص العصبي فیلدي اضطرابات متفاوتة كالعته أو إصابة الساحة
الصرية . كما تكثّر الإصابات شبه البصلية .

قد تشاهد بعض التبدلات على تخطيط الدماغ الكهربائي وهي تشير أحيانا إلى مركز الإصابة .

ج - حالات العته الشيخى المشاركة (إصابة نسجية + إصابة وعائية) تمثل حوالي ٤٥٪ من التناذرات العتهية ، وهي تبدأ سريريا بشكل يشابه البرسيو هيبغرينيا ، إلا أنها تتطور بشكل سريع .

د - التناذرات العتهية المختلطة :

تكون في البداية تناذرات عتهية شيخية بسيطة في شكلها السريري وفي تطورها ، إلا أن إصابات وعائية تضاف إليها مما يؤدي إلى ظهور مفاجيء كعلامات عصبية كالعمه ...

3 التناذرات العتهية ما قبل الشيخية

أ - داء الزهايمر

تناذر عتهي تنكسي يحدث بعد سن الخامسة والأربعين ويبدأ غالبا بأضطراب التوجه المكاني أو الوظائف الرمزية ويجمع في تطوره الأعراض والعلامات التالية :

- تراجع الملكات العقلية (الذكاء)

- إضطرابات الذاكرة .

- إضطرابات التوجه .

- إضطرابات اللغة والوظائف الرمزية .

- إضطرابات السلوك .

- إضطرابات المزاج .

- حالات هذيانية .

- نظاهرات خارج - الهرمية .

وعند تكامل المرض يتميز داء الزهايمر بأجتماع التناذرين التاليين :

- تناذر عتهي شديد .

- تنذر عمهي - حبسي - لا تعرفي (اضطرابات لغوية ، عمه فكري ، لا تعرف على الوجوه الخ ...)

وتشاهد الاضطرابات النفسانية للمعتة (هذيان الإساءة)
يكون المريض ، أو لفترة مديدة واعيا باضطرابه مما يدفعه إلى حالة همودية .
وقد تُشاهد ، عبر تطوّر المرض ، نوبات صرعية ...

الفحوص المتّمة :

- يبدى تخطيط الدماغ الكهربائي اضطرابات متشرة .
- تشاهد بالتصوير الطبقي المحوري للدماغ توسع بطيني وضمور بالقشرة
الدماغية بالمنطقة الأمامية .

ب - داء بيك

مرض أندر من داء الزهايمر (عشر حالات الزهايمر لكل حالة بيك) يكون
بدؤه مضللاً حيث يتظاهر بضعف عقلي وحالات هذيانية واضطرابات مزاجية ،
خصوصاً الخمول العاطفي والشره المرضي وعندما تتكامل الصورة السريرية
للمرض ، يتظاهر بما يلي :

- تناذر عتبي شديد .

- لا توجه مكاني خصوصاً .

- تناذر جبهي (إصابة الفص الجبهي) يتمثل في : « اللأ مبالاة ،

السلبية ، فقدان القيمة الأخلاقية ، الحياد العاطفي ، الشره ... »

- النمطية النفسية : تكرار نفس العبارات أو الكلمات أو نفس
الحركات (مثلاً يردّد المريض نفس بيت الشعر أو يستمع إلى نفس الأغنية
باستمرار ، وينسى المريض الأسماء والكلمات ويردّد كلمات الآخرين إلا أنه
يحتفظ نسبياً بالوظائف الرمزية العملية والمعرفية .

تتطور اللوحة المرضية خلال سنة - سنة ونصف وسيطر التراجع العقلي ويتقلص المحتوى الفكري للمريض ، فيلجأ للنمطية والتكرار دون معنى ، ولا يشاهد عمه أو لا تعرف إنما تشاهد حبة تسمية ، فيستعمل المريض عبارات عامة (كان يُسأل عن اسم الملعقة فيجيب «إنها تستعمل للأكل» لكنه لا يستطيع تسميتها) أو يستعمل عبارة تصلح لكل الإستعمالات: (مثل هذا الشيء ، هذه الأداة ...) كما أن الشره يظل شديداً . ولا يكون المريض واعياً بمرضه

الفحوص المتّمة :

- غالباً ما يظل التخطيط الدماغى الكهربائى سوياً حتى نهاية تطور المرض .

- يُبدي التصوير الطبقي المحوري ضموراً جانبياً خصوصاً وتوسّعا في القرون الجبهية والقشرية والصدغية ، إذ تكون الإصابة أساساً جانبية وصدغية ثم جدارية في مرحلة متأخرة من المرض .

ج - العته ما قبل الشبخى اللانمذجى (بيك ٢)

ويسمى أيضا النفاس الخبيث ما قبل الشبخى . يحدث حوالي سن الخمسين ويتطور بمراحل .

تجمع أعراضه بين دائى بيك والزهايمر ويتسم خصوصاً باضطرابات التوجّه والهمود والأعراض الجبهية .

د - حالات العته الوعائى ما قبل الشبخى :

١ - إصابات وعائية موضّعة :

تؤدي الى تميّع النسيج الدماغى وحالات تلف ثنائية الجانب : التوضّعات

أ - الصدغى الباطن : اضطرابات بالذاكرة

ب - تميّع السرير الباطن (النواة الباطنة) : تكون اللوحة المرضية النفسية

مماثلة للاصابة الجبهية (النمطية النفسية - الحركية ، اضطرابات المزاج الخ . . .)

٢ (داء كروتزفيلد جاكوب :

في هذا المرض النادر (كان يشاهد خصوصا عند أكلة لحوم البشر بأفريقيا) تشاهد مرحلة همودية قديم شهرا أو شهرين ، ثم يحدث تطوّر سريع يترافق فيه التناذر العتحي بتناذر عصبي مع علامات خارج - هرمية وفرط - مقوية خارج - هرمية وحركات شاذة (قصية كنعية . واضطرابات حسية وحواسية بصرية (اضطراب أشكال وألوان المبصرات) ينتهي هذا المرض بالموت خلال أشهر عديدة .

التشخيص المخبري :

يُعزى هذا المرض إلى فيروس بطيء وقد أمكن نقله بين القروود بحقن الخلاصة الدماغية من حيوان إلى آخر إلا أنه لم يمكن تصوير الفيروس الكرتوني أو تشخيص إرنكاسات مناعية .

أما التخطيط الدماغى الكهربائى فيبدى في البدء موجات منتشرة ذات قمم حادة ثم لا تلبث أن تصبح هذه الموجات الشاذة دورية منتظمة بتطوّر المرض .

هـ - استسقاء الدماغ سوي التوتر

مرض نادر يشاهد فيه تناذر عتحي بعلامات جبهية إضافة للأعراض الأخرى فتضطرب مشية المريض وتكون متثاقلة ويضطرب الانتباه وتظهر علامات خارج الهرمية . ومن العلامات المميّزة لهذا المرض اضطراب المبصرات حيث يكثر التبول اللا إرادي لدى المريض .

الفحوص المخبرية :

ييدي التصوير الطبقي المحوري توسعا بطينيا وتسطحا بالتلاقيف الدماغية .

السببية :

غالبا ما توجد لدى المريض سوابق نزف معائي أو التهاب سحايا مما يحدث حواجز غشائية ليفية تمنع التجول الحر للسائل الدماغي الشوكي (مما - يحدث أحيانا إستسقاءاً منخفض التوتر)

وييدي الفحص بالنظائر المشعة في بعض الحالات إضطرابا بامتصاص السائل الدماغي الشوكي .

من الهام جدًا تشخيص هذا النوع المعوي وتمييزه حيث أنه قابل للمعالجة والشفاء بواسطة التحويل الجراحي للسائل الدماغي الشوكي .

و - داء ماركيا فافا - بيونامي

حالة عتية كحولية تحدث لدى أفراد مصابين بهوس الشرب حيث يتناول هؤلاء الأشخاص مقادير هائلة من المشروبات الكحولية ويصلون أحيانا إلى إسراف يؤدي بهم إلى المسبات المتميز بالصملى المقاوم (يشي المريض الطرف عند محاولة مدّه ويمدّه عند محاولة ثنيه) .

يتسم هذا الداء بأعراض إصابة جبهية مزدوجة تعود إلى تلف الجسم الثفني .

٤٥ - التناذرات العتية لدى الكهول والصغار :

أ - رقص هتنتغتون

يبدأ هذا الداء بين سن الثلاثين والخامسة والأربعين ويسير بشكل مفرقي -

يتظاهر في البداية بأعراض غير نوعية كالحُمود والشكاوي المراقبة ثم تتطور حالة ضعف عقلي عتبي عام إضافة إلى الحركات الرقصية. ويستمر التطور عدة سنوات

يشاهد في هذا الداء تلف النواة المذنبة :

تتحسن الأعراض بإعطاء الكلوربرومازين إلا أن العتة يستمر في تطوره

ب - داء تاي ساكس

غير معروف السبب إلا أنه يتظاهر تشريحيًا مرضيًا بفرط الحمل الشحمي للخلايا العصبية التي تصاب بتنكس كيسى الشكل خصوصًا القشرية منها .

يصيب هذا الداء الأطفال منذ السنة الأولى غالبًا وقد يتأخر حتى سن السادسة حيث يكون اندوارها إذاك أفضل نسبيًا . . .

من أعراض هذا الداء الإريغاء العضلي والتطور العتبي وحدوث نوبات صرعية .

يحدث الوفاة عادة خلال سنوات قليلة من تطور المرض الوخيم .

هـ - حالات عتبية ثانوية أخرى

تشاهد حالات عتبية ضمن العقابيل في التهابات الدماغ بفيروسات آربو والتهاب العقبولى والتهاب السحائي الدرني غير المعالج وتشاهد في بعض الأدوية المخربة للمادة البيضاء وأيضا في الأورام الدماغية الجبهية والسريية والثفنية .

في بعض الرضوض الدماغية الشديدة أو المتكررة (لدى الملاكمين) قد يحدث تطور عتبي نموذجي .

يؤدي اعتلال الدماغ بنقص الأكسجين إثر ميات إنسمامي أو نوبة قلبية أو هبوط سكر دموي شديد ، أحيانا إلى تناذر عتهى تسيطر عليه اضطرابات الذاكرة .

كذلك يصادف العته في مراحل متطوره من الآفات الغدية والعوز الفيتاميني (البلاغرا بعوز حمض النيكوتين ويتميز بعته ، التهاب أعصاب عديد ، التهاب جلد توسفي - التهاب لسان إسهال ، البزيري : عوزفيتامين ب١)

٦٥ - الحالات العتهية الرئيسية القابلة للشفاء :

يجب تشخيصها وتغريفها عن الحالات العتهية الأخرى حتى لا يزداد تطورها وخاصة ، مؤديا غالبا إلى الوفاة .

هذه الحالات هي :

- استسقاء الدماغ سوى التوتر
- الانسمام بالزئبق
- الشلل العام
- الاعتلالات الدماغية بعوز الفيتامين (البلاغرا ...)

III عناصر السلوك العلاجي أمام تناذر عتهى :

عند تشخيص التناذر العتهى يجب العمل على التمييز بين الحالات العتهية القابلة للتراجع والشفاء والحالات العتهية الأخرى للتوقية حتما أو غير القابلة للشفاء .

لذلك يتطلب التحري السريري والمخبري تحديد العوامل السببية التي تتعلق بها الإنذار والسلوك العلاجي :

فيمكن كبح تطور العته الناجم عن الاعتلال الوعائي (التصلب فرط التوتر . . .) بضبط التوتر الشرياني وشحوم الدم بنظام غذائي وأدوية نوعية أما تطور الشلل العام (السيفليسي) فيعالج بنجاح بالبنسلين .

أما الحالات العتية الأخرى فتعطى فيها المؤكسجات الدماغية والمنشطات والمقويات الوعائية دون نتيجة أكيدة .

تعالج التظاهرات النفسية للتأخر العتوي بمركبات وتفضل المثبطات العصبية بمقادير محدودة لضبط الأفكار الهذيانة واضطرابات السلوك . وفي الحالات الهمودية يلجأ إلى مضادات الهمود .

عند المراجعة الأولى لمريض يبدى تناذرا عتويا ، يتوجب حجزه بالمستشفى عند الشكّ بالتشخيص لضرورة البحث عن سبب قابلة للشفاء . وكذلك عندما يكون إضطرابه السلوكي شديدا .

إلا أنه ، خلال التطور المرضي ، وعند مواجهة قرار إستشفاء المريض كمقيم ، يجب إعتبار ما يحدثه ذلك من إضطراب وخاصة لديه بفعل إختلال توجهه الزماني المكاني وضعف إستيعابه لنمط حياتي جديد . لذلك يجب تقدير حالته السريرية ووضع العائلة ، وعلى أساس ذلك يتم تجنب إقامته بالإستشفائية قدر الإمكان .

القسم الثالث

مختصر حول معالجات
الأمراض والاضطرابات النفسية

الفصل

الاول

المعالجات البيولوجية

المعالجات الدوائية

1) ملء عام

تصنف الأدوية النفسية إلى ثلاث مجموعات طبقاً لتأثيرها على الحيوية

النفسية :

- 1 - المثبطات النفسية : تخفض الحيوية النفسية
- 2 - المنشطات أو مضادات الشيط - النفسي تقوي الحيوي النفسية .

- 3 - المنشطات النفسية : يندر إستعمالها كأدوية
- 4 - المعدلات النفسية أو معدلات المزاج
- 1 - المثبطات النفسية :
- أ - المنومات : تمارس أثرها الدوائي على اليقظة
- ب - المهدئات : تخفف من القلق والتوتر الانفعالي
- ج - المثبطات العصبية : تزيل أو تخفف التظاهرات النفسية المرضية النفسية (الأملاس ، الهذيان الخ ...)
- 2 - معدلات المزاج : الليثيوم والتريبتول : لها أثر مضاد للهوس ومفعول تثبيط نفسي
- 3 - مضادات التثبيط النفسي :
- أ - منشطات اليقظة : الأمفيتامينات ومشتقاتها
- ب - منشطات المزاج أو مضادات الحورد أو مضادات التثبيط المزاجي .
- ج - منشطات أخرى : فينامين C ، الكافئين ، المؤكسجعات الدماغية الكورتيكوريد الخ ...
- تصنيف دينكر* العام للأدوية النفسية

المطاط التأثير		
Barbituriques - باربيتورية	منوعات	مثبطات نفسية او مركبات
Nonbarbituriques - غير باربيتورية		
Diazepines - ديازيبينات	مهدئات	
Bromures - بروميرات	ومركبات صغرى	
Phenothiazines - فينوتيازين	مثبطات عصبية	
Reserpines - رزربين		
Butyrophenones - بيتورفينون		
Benzamides - بنزاميد		
Thioxanthenes - ثيوكسانتين		

* بيير دينكر أول مكتشف للمفعول العلاجي للكلور برومازين في الصيدت مع ديلاي 1952

<p>- أملاح الليثيوم Sels de lithium</p> <p>- ديبروميد أميتاميد D.propylacetamide</p>	معدلات المزاج	
<p>- هيلرازين Hydrazines imao</p> <p>- مشتقات ثلاثية الحلقة : Ticycliques</p> <p>- إيمبرامين ، تريبتيلين Imipramine Amitriptyline</p>	<p>مضادات حمود</p> <p>(منشطات المزاج)</p>	مضادات تشيط نفسي أو منشطات
<p>- أمفيتامين ومشتقاتها Amphetamines</p>	منشطات اليقظة	
<p>- حمض فسفوري</p> <p>- فيتامين C</p> <p>- غورتيكورثيد</p>	منشطات أخرى	
<p>- مسكالين Mescaline</p> <p>- بسيلوسيبين Psilocybine</p> <p>- ليسر غاميد Lysergamide L'S'D.</p>	مهلسات	
<p>- مورفينية Morphiniques</p> <p>- أغوال القنب (حشيش) Cannabinols</p> <p>- الكوكائين Cocaine</p>	مذهلات	امشوشات نفسية
<p>- الكحول Alcool</p> <p>- الأثير Ether</p> <p>- المذيبات Solvants</p>	مشمالات (أو مسكرات)	

2 - المهدئات :

أ - مواصفات المهدئات :

1 - تدخل ضمن مجموعة المثبطات النفسية

2 - لها فعل مركن : على القلق فهي مضادة للقلق وعلى التظاهرات الجسمية للقلق

(العصبية الإنبائية خصوصا) وليس لها فعل منوم أساسي

3 - لا تحدث الأعراض الجانبية الناجمة عن المثبطات العصبية .

4 - ليس لها خصائص مضادة للتشنجات .

ملاحظة : توجد ضمن المجموعات الدوائية النفسية الأخرى أدوية ذات

مفعول مهدئ .

الخصائص الفارماكولوجية للمهدئات :

- مضادة للقلق

- مرضية للعضلات : مما يعطي أثرا مساعدا على النوم

- مضادة للتشنج

- كما أن لها مفعول تقوية تأثير المنومات .

الأنماط الكيميائية الرئيسية للمهدئات هي :

- الكاربامات : (إكوانيل) Equanil

- البنزوديازيبينات Benzodiazepines

- البيرازينات Piperazines (Covatine Atarax) .

ب - إستطبابات المهدئات :

(لا يجب وصف المهدئات بشكل منهجي ، أو بمقادير كثيفة أو لفترات مديدة)

1 - الإستطبابات في الطب النفسي :

- حالات القلق ذات الشكل العصبي .

- القلق المرافق لتطور اضطراب نفسي .

- هبوط حرارة أو إرتفاع حرارة خفيفين نادرا صدمة حرارية يمكن تجنبها بالإمالة الملائمة .
- آثار غذية :

- إرتفاع الوزن .
- اضطرابات الدورة الطمثية والإجترار الحليبي .
- اضطرابات جنسية : تثبيط النشاط الجنسي

- اضطرابات جلدية : فرط التحسس للإشعاع فوق البنفسجي

12- حوادث المثبطات العصبية (نادرة)

- التناذر التخليطي .
- نوبة إختلال حركي حاد
- التناذر الخبيث للمثبطات العصبية : فرط حرارة ، فرط توتر شرياني ثم وهط
دوراني .

- إنسهاق قلبي وموت مفاجيء .

- خثرات وريدية

- يرقانات

- فقدان الكريات المحيية

ج - إستطبابات المثبطات العصبية :

1 - النفاسات الحادة :

- النوبات الهوسية

- الهجمات الهذيانية الارتكاسية أو البدئية أو الحادة لدى المختلين .

- الحالات التخليطية - الحلمية من المنشأ الإنسهمي خصوصا بالمشوشات

النفسية .

- الهجمات النفاسية الوخيمة إثر الولادة .

2 - النفاسات المزمنة

- الفصامات بجميع أشكالها

- الهذيانات للزمنة الغير فصلية (الهذيان الزوري ، النفاس الهلسي المزمّن البارافرينيا)

3 - إستطبابت أخرى :

- بعض الحالات النفسجسمية : الإعتلالات الكولونية ، الآفات الجلدية .
- التناخرات الألمية الشديدة خصوصا السرطانية .
- التذرات الرقصية

4 - إستطبابت مرتبطة بالعمر :

- لدى الطفل : النفاس الطفلي
- لدى المسنّ : الحالة الخلمية ، هذيان الإسماع

أنماط المثبطات العصبية حسب التأثير السريري

- المثبطات العصبية المركّنة : تخفف الهياج الهذيانسي وتحدّ من الحصر الفصامي .

- المثبطات العصبية متعدّدة المفعول : تكون بنفس الوقت مهدّئة ومضادة للنفاس ومزيلّة للتثبيط ويختلف توازن هذه التأثيرات حسب المقدار ومدة المعالجة . وتعتبر هذه المثبطات أفضل معالجة مديدة للحالات الفصامية التي تشارك فيها تظاهرات مرضية نفاسية وتراجعية .

- المثبطات العصبية المزيلّة للتثبيط : ذات مفعول إيجابي على التظاهرات التراجعية الفصامية وهي تؤثر خصوصا على اللا مبالة والجمود الإنفعالي والتثبيط الحركي .

مبادئ وصف معالجة المثبطات العصبية المديدة

لا نستخدم المثبطات العصبية مديدة التأثير إلا في معالجات لأكثر من سنة أشهر . وهي لا توصف عادة إلا بعد تراجع الهجمة الهذيانية وبعد تجربة نفس المركّب العادي عن الفم لمدة نصف شهر .

- نحدّد المقادير مديدة التأثير حسب المقادير العادية الموصوفة سابقا من نفس المركّب .

- تعطى حقنا عميقا بالعضل .
- يوجد احتمال حدوث تناذر لا حركي - مفرط التأثير .
- يجب وصف ملائم لمضادات باركنسون .
- قد تحدث حالة لا مبالاة نفسية - حركية .
- يوجد خطر حدوث تناذر همودي بين الشهر السادس والثامن إثر بدء المعالجة . وهو احتمال غير ثابت .

الأدوية للثبطة العصبية للعادية

تأثيرات جانبية	تأثيرات فرط حركية	الاسم الدوائي	المصدر الكيميائي	المقادير (عن الفم)
مفعول مهدئ	مفعول مهدئ	LEVOMEPRMAZINE (NOZINAN)	فينوثيارين	25-300 مغ
		CHLORPROMAZINE (LARGACTIL)		300 مغ
		RESERPINE (SERPASIL)	رزيرpine	
		CLONIAZAPINE (ELIMINE)	دينزولازين	40-120 مغ
مفعول مزيل للجم	مفعول مزيل للجم	PROPERCIAZINE (NEULEPTIL)	فينوتيازين	10-60 مغ
		THIORIDAZINE (MELLFRIL)	بيريدينية	35-75 مغ
		PIPOTHIAZINE (PIPORTIL)		10-20 مغ
		HALOPERIDOL (HALDOL)	يتورفينون	10-30 مغ
		FLUPHENAZINE (MODITEN)	فينوتيازين	20-120 مغ
		THIOPROPERAZINE (MATEITIL)	بيرلوزينية	10-50 مغ
		PROCHLORPROMAZINE (TEMENTIL)		10-30 مغ
		PERPHENAZINE (TRILIFAN)		16-96 مغ
		TRIFLUPERIDOL (TRIFERIDOL)	يتورفينون	1-6 مغ

600-100 مغ	تيزاميد	TRIFLUOPERIDOL
		(TRIFPERIDOL)
		CARPIPRAMINE (TRAZINIL)

الأدوية النشطة مديلة التأثير

الاسم التجاري	التركيب الكيميائي	طرق الإعطاء	نظم الجرعات	الجرعة المتوسطة
MODTEN RETARD	oxanthrac de fluphenazine	حقناً عضلياً	كل أسبوعين	100-25 مغ
MODECATIE	Decanoate	///	من 3 إلى 4 أسابيع	125-25 مغ
PIPORTIL M2	Unde cyderate Pipotazine	حقناً عضلياً	مرة كل أسبوعين	100-25 مغ
PIPORTELLA	Polurate	حقناً	كل 4 أسابيع	100-25 مغ
FLUANXOLR	Decanoate de	///	من 2 إلى 3 أسابيع	100-40 مغ
SEMAP	Perfluperidol	عن الـفم	جرعة كل أسبوع	60-20 مغ
TRILEFANR	Perphenazine	منها عضلياً	كل 3-4 أسابيع	100-25 مغ
HALDOL DECANOAS	Haloperidol	///	كل 3-4 أسابيع	400-100 مغ

5 - مضادات الهمود

التصنيف الكيميائي :

توجد ثلاثة مجموعات كيميائية ضمن مضادات الهمود هي :

- 1 - المركبات ثلاثية الحلقة : الإيميرامينية (Tofranil) والكلويميرامينية (Anafranil) . . .

2 - مضادات الهمود الجديدة وهي ذات صيغ مختلفة مثل 9 Ludiomil (Vivalan) : أول مركب دون مفعول مقوى للكولين . Upstane .

3 - لاجات المونوأمين أكسيداز (MARSILID) I.M.A.O مارسيليد وهو مشتق من الإيزونازيد .

المواصفات الخاصة :

ترتكز على الخصائص الإضافية المركنة والحالة للقلق أو المنشطة المضادة للحجم المؤثرة حسب المركب إلى جانب الخصائص المضادة للهمود .

تتطلب كل مضادات الهمود مدة أسبوعين إلى ثلاثة من التعاطي قبل أن يظهر مفعولها ، إلا أن تحسنا بدنيا يلاحظ عندما ما يكون المركب الموصوف ملائما للنوع الهمودي السريري حيث أن المفعول المركن أو المنشط يتظاهر بشكل مباشر تقريبا .

أكثر مضادات الهمود تنشيطا هي لاجات المونوأمين أكسيداز ، و Survector و Alival و Vivalan . . .

أكثر مضادات الهمود مفعولا مركنا هي Ludiomil , Surmontal Laroxyl . . .

أما مضادات الهمود المتوسطة وهي ذات تأثيرات متفاوتة حسب الأفراد :

Upstane, Topranil

تتقارب كل مضادات الهمود في نتائجها الإيجابية التي تصل حوالي 70% من الحالات المعالجة . ويعتقد بعض الباحثين أن مضادات الأمين أكسيداز لها فعالية أعلى قليلا في الحالات للملائمة .

مضادات إستطباب مضادات الهمود الحلقية الثلاثية :

- القصورات الكبدية والكلوية الشديدة .

- القصورات والإعتلالات القلبية المتطورة واحتشاء القلب حديث العهد

و اضطرابات النظم القلبي .

- داء باز دو .

- التصلب الشرياني .

- حالات الزرق (يمكن أحيانا تحت المراقبة اعطله معالجة في الزرق ذو الزاوية المفتوحة) .

- الضخامات البروستاتية وأحتباسات البول .
- يجب الحذر لدى الصرعين والكحوليين والأفراد المسنين .

الحوادث والآثار الجانبية لمضادات الهمود ثلاثية الحلقة

- الحوادث (وهي تتطلب إيقاف المعالجة)
 - فرط التوتر الشرياني الاشتدادي
 - اضطرابات النظم القلبي
 - الاختلاجات .
 - التهابات الأعصاب العديدة والتهاب العصب البصري .
 - البرقان .
- الآثار الجانبية وهي لا تمنع استمرار المعالجة :
 - آثار مضادة للكولين :
 - شح البول ، قبض ، جفاف الفم ، أحاسيس حرارة وتعرق
 - آثار قلبية وعائية :
 - هبوط الضغط الشرياني
 - أحاسيس دوار
 - بطء النظم القلبي
 - آثار عصبية مركزية :
 - أرق
 - وجفان ، لا توافق حركي .

الاختلاطات النفسية لمضادات الهمود ثلاثية الحلقة

- خطر العبور إلى الفعل الإنتحاري. إثر نزع اللجم النفسي الحركي بفعل

الدواء قبل تحسن المزاج ، وذلك خلال الأسبوع الأول من المعالجة . وفي نهاية الأسبوع الثالث .

- احتمال ظهور أو اشتداد - التظاهرات الحصرية والأرق عند استخدام مضادات همود منشطة (لذلك يمكن إضافة مهدئات إليها) .

- إنقلاب المزاج الهوسي : لا يظهر هذا الإختلاط إلا لدى المرضى الهوسيين الهموديين .

- لا تحدث ثلاثيات الحلقة إرتباطا نفسيا إلا أن قطعها المفاجيء إثر معالجة مديدة بمقادير عالية قد تحدث أعراض فطام بسيطة كالدوار والتعرق واضطراب التوتر الشرياني .

- التخليط الذهني : تشاهد خصوصا لدى المسنين وتبدأ باضطراب التوجه الزمني المكاني وحالة حلمية مسائية واضطراب مشية وتصويت ، ورجفان ... وتستوجب إيقاف المعالجة ولو مؤقتا .

كيفية وضع منهاج المعالجة بمضادات همود ثلاثية الحركية

بعد استبعاد مضادات الإستطباب توصف المعالجة بمقادير متزايدة تصل إلى الجرعة القصوى خلال ثلاثة أو أربعة أيام . وتكون غالبا عن طريق الفم بمقدار متوسط 150 مغ / يوم . كما يمكن أن توصف عن الطريق الوريدي أو الحقن العضلي (إمبيرامين ، أميتريبتيلين) أو نعطى في المصل الوريدي .

تظهر الآثار الأولى بعد أسبوع تقريبا وتستمر المعالجة حوالي أسبوعين بعد التحسن السريري ثم تخفف تدريجيا حتى حوالي 50 مغ يثابر عليها طبقا للمتطلبات العلاجية أو الوقائية . وعند مشاركة المهدئات ، يجب تجنب وصف الباربيتورات والأمفيتامينات .

تشمل مراقبة المعالجة :

- الوضع الجسمي : الجهاز القلبي الوعائي : الضغط الشرياني ، النظم القلبي الجريان البولي ، الحركية المعوية ، الحرارة ، النوم .

- الوضع النفسي : هجمات القلق ، المزاج : الأفكار الانتحارية ، إنقلاب المزاج (في النفاس الموسمي الموسمي) ، الهجمات الهدائية .
تقسيم فاعلية للمعالجة بالمركب مضاد الحمود ثلاثي الحلقة :
تظهر فاعلية للمركب خلال فترة أقصاها عشرون يوما طبقا لتبدل العناصر التالية :

- المزاج الموسمي والأفكار الانتحارية
- الحمول النفسي .
- الحركي
- القلق .
- الشهية .
- اضطرابات النوم
- الغريزة الجنسية
- أعراض الإنسمام بمضادات الحمود ثلاثية الحلقة
يكون الخطر عاليا عندما تتجاوز جرعة الإنسمام غرامين
- ظهور السبات في طور متأخر .
- فرط حرارة .
- نوبات تشنجية .
- وهط تنفسي .

الإجراءات الإسعافية عند الإنسمام

ينقل المريض بشكل عاجل إلى المستشفى . وإذا كان لا يزال محافظا على وعيه يجري له غسل معدة بكمية كبيرة من الماء . . . ويجب مراقبة الجهاز القلبي الوعائي بدقة بحيث يوجد خطر اضطراب النظم البطيني أو الأذيني البطيني .
الحوادث والاختلاطات والآثار الجانبية للاجتماع للمونوأمين أكسيداز .

1 - الحوادث :

- وهط قلبي وعائي : يوضع المريض بوضعية الاستلقاء ، الرأس أسفل قليلا مع حقن المصل الوريدي .

- فرط ضغط شرياني إشتدادى : يقاوم بإعطاء مقادير صغيرة من لارغاكسيل

Largactil

- التهابات كبدية إنسامة ويرقان .

- حوادث عصبية نادرة : نوبات تشنجية ، التهابات عصبية عديدة .

2 الآثار الجانبية :

تمثل الآثار الجانبية لثلاثيات الحلقة مثل جفاف الفم والتعرق واضطراب المطابقة البصرية وهبوط القدرة الجنسية ، أرقى ، رجفان .

3 - الاختلالات النفسية :

- انقلاب هوسى للمزاج

- حالات تخليطية نادرة .

مضادات استقلاب لاجعات المونو أمين أكسيداز

- السوابق الكبدية .

- التشارك مع أحد الأدوية التالية :

● الأمانيات المقلدة للودي (الرافعة للضغط) : نيو سينفرين ، هبتامينول .

● الألدرين ومشتقاته

● منشطات ألفا بيتا

● المقبضات الوعائية الموضعية .

● لاجعات ألفا وبيتا .

● مضادات رافعات الضغط الشرياني

● منه ومضادات الألم التركيبية المركزية

● الأمفيتامينات

● ثلاثيات الحلقة يؤدي التشارك إلى خطر اضطراب الضغط والإعتلال

الدماغى الإنسمامى

● الأفيون وأشباه القلويات المشتقة Merhadone, Dolosal, Palpium

● الباربيتورات .

كما ينصح بتجنب الأغذية الحاوية على التيرامين (الجبن ، الموز ، كبد الدجاج ، المشروبات الكحولية الفول ...)

إستطبابات لاجحات المونو أمين أكسيداز :

- الحالات الحمودية
- الحالات الألمية
- الإضطرابات النفسجسمية (التهابات الكولون ، الربو ...)
- نوبات الحصر الحادة .

كيفية تنظيم المعالجة

نظرا لمخاطر لاجحات المونو أمين أكسيداز فإنها لا توصف إلا عند فشل مضادات الحمود الأخرى ، وذلك بعد أسبوع على الأقل من إيقاف المعالجات الأخرى . تهرى المعالجة في المستشفى ويجب إجراء الإستكشافات والتحريات اللازمة . ويجب الحذر عند وصف أدوية أخرى أو الاضطرار إلى التخدير وإخطار الطبيب بذلك . يراقب الضغط خلال المعالجة وترفع المقادير إلى الجرعة المحددة خلال 4 - 5 أيام . يظهر المفعول العلاجي بعد أسبوعين تقريبا ويديم عدة أسابيع إثر إيقاف الدواء .

يراعى النظام الغذائي الملائم (منع المواد الحاوية على التيرامين ، والقهوة والشوكولاته) . . ويجب وضع فاصل إخباري بأسبوعين عند إستبدال المعالجة ويحترم نفس الفاصل عند اللجوء إلى الصدمة الكهربائية .

إستطبابات مضادات الحمود :

- التناذرات الحمودية الصريحة النوعية أو التي تشكل إختلاطا للإضطرابات نفسية أخرى أو لاضطرابات عضوية .
- العدائل الجسمية للهمود .
- نسبة من حالات العصاب الوسواسي - القسري .

- بعض الأمراض العصبية والعامة : داء باركنسون ، تنافر ما بعد الرض
الدماعي ، التناذر الألي العصبي .
- الحالات الحمودية خلال الفطام عن الإدمان الانسهمي .

بعض مضادات الحمود ثلاثية الحلقة

التأثير

الإسم التجاري	المركب الكيماوي	الجرعة اليومية	طريق الإعطاء	الإضافي
TOFRANIL	Imipramine	50 - 300 مغ	عن الفم	مزيل للآلجم
ANAFRANIL	Clomipramine	50 - 150 مغ	عن الفم حقنا وريديا	مرکز موسم
PERTOFRAN	Desipramine	50 - 200 مغ	عن الفم	منشط عصبي
LAROXYL ELAVIL	Amitriptyline	50 - 150 مغ	عن فم حقنا وريديا وعضلا	مرکز مضاد للقلق
LIMBITROL	Amitriptyline Chlordiazepoxide		عن الفم	مهدئ
MOTIVAL	Nortriptyline perphenazine		عن الفم	مهدئ (نفسات)
SINEQUAN	Doxepine	100 - 800 مغ	عن الفم	مضاد للقلق
MOXADIL	Amoxapine	150 - 300 مغ	عن الفم	منشط عصبي
DEPARON	Demexiptiline	150 - 750 مغ	عن الفم	مزيل للآلجم الحركي
LLDIOMIL	maprotiline	100 - 150 مغ	عن الفم	مرکز مضاد للقلق

مضادات الحمود الجديدة

vivalan	viloxazine	300 - 600 مغ	عن الفم عن الوريد	مزيل للآلجم مهدئ
SURVECTOR	Amineptine	300 - 200 مغ	عن الفم	منشط عصبي
ATHYMIL	Mianserine	40 - 800 مغ	عن الفم	مرکز مضاد للقلق

ALIVAL	Nomifensine	70 - 100 مع	عن الدم	منشط نفسي
CONFLICTAN	Oxalozane	15 - 300 مع	عن الدم	المسود الارتكاسي
UPSTENE	Indalpine	100 - 300 مع	عن الدم	متوسط
لاجات المونوأمين أكسيداز IMAO				
MARSILID	Iproniizidu	50 - 150 مع	عن الدم	معيد في الوقت النفسي
NIAMIDE	Nialamide	50 - 100 مع	عن الدم	يفصل لدى المسنين
TYLCIPRINE	Tranyleptorime	10 - 30 مع	عن الدم	الحد عند الرصف (يستشعر)

6 المنشطات العصبية النفسية (منشطات اليقظة)

تقوم المنشطات العصبية النفسية بإذكاء اليقظة وإثارة الحيوية الفكرية وزيادة حدة الإدراك الحواسي ، إلا أنها لا تملك تأثيراً نوعياً على المزاج الممودي . وهي متباينة ومتنوعة ولا يتميز منها إلا الأمفيتامينات كمجموعة منسجمة .

أ - الأمفيتامينات

تنشط الأمفيتامينات اليقظة وتزيد الفاعلية النفسية الحركية والجنسية وسرعة الإستجابة وتخفف أحاسيس الإرهاق .
١ - الحوادث والأعراض الجانبية .

- الحوادث العصبية : التزيف السحائي أو الدماغى بفعل إرتفاع احتدادى بالضغط . كما تلاحظ نوبات تشنجية .

- الانسمامات الحادة : الجرعة السامة أعلى من ٨ غ

- الإدمانات الانسيامية : بجرعات تتجاوز أكثر من عشر مرات الجرعة العلاجية وتشارك غالبا مع إدمان على الباربيتورات .
- ظهور إختلاطات نفسية ، كأضطراب المزاج وأفكار التعقب والتناذر الزوراني التجريبي ، فرط إثارة ...
- تظاهرات عصبية إنباتية : خفقان ، تسرع قلب ، إضطراب الضغط الشرياني ، إضطرابات النوم ، قهقهة ...

2 - إستطبايات الأمفيتامينات :

قليلة وأهمها :

- تناذر جيلينو : وأعراضه التخشب والحدار (نوبات نوم قصير وعميق)
تفيد فيه جرعات أمفيتامين 30 - 60 مع . كما تفيد مضادات الحمود الحلقية
الثلاثية .

- الأطفال ذو الحركة المفرطة (بممر أكثر من ست سنوات) حيث يظهر
مفعول مركن متناقض .

- معالجة الصرع : بمركب ORTENAL (مزدوج أمفيتامين + فينوباريتال
0,010 مغ) وهو يقاوم البطء النفسي والحمود المحدثين بفعل الباربيتورات .

3 - المركبات الأمفيتامينية

سحبت معظم المركبات الأمفيتامينية من الأسواق الدوائية لكثرة حوادثها
وحالات الإدمان عليها . وظل منها مركب TONEDRDN المستخدم حقنا ورديا في
التحليل النفسي التخديري . ومركبات مشتقة أخرى تعطى عن الفم
كـ CAPTAGON, VIGILOR, PRDMOTIL, ORDINATOR

ب - المقمّات : مثبّطات الشهية

تستخدم المقمّات لتخفيف الوزن حيث أنها تثبط الشهية . إلا أنها مقلّدت
للأمفيتامين ، حيث لها مفعول مشابه منشط نفسيا بدرجات متفاوتة . لذلك لا بد
من الحذر في استخدامها من حيث ما تحمله من خطر الإدمان إضافة لآثارها لدى

الأفراد ذوي السوابق النفسية ، إذ قد تؤدي إلى حالات همودية أو هذيانية وتحدث اضطرابات نوم .

كما يمنع وصفها في الإعتلالات القلبية وفرط التوتر الشرياني وفرط نشاط الدرق وعند الحمل . ولا يجب مشاركتها مع مثبطات الأمين أكسيداز .
المركبات المقمّهة :

منها : Pondinil, Moderatan, Frugalan, Anorex, Pondaral (وهو يختص بمفعول مركّن) .

ج - منشطات نفسية أخرى

١ - المؤكسجات الدماغية

- مفعولها الدوائي :

- توسيع وعائي ورفع الوارد الدموي .

● زيادة استهلاك الأكسجين والغلوكوز .

● زيادة الأستيلكولين .

● زيادة نشاط الدورة الدموية الدماغية الصغرى .

- المركبات الدوائية .

● الهيدرجين Hydergine (Dihydroergotoxine) : يؤدي الاستعمال المديد

لهذا المركب لدى الفرد المسنّ إلى تحسين بعض الوظائف الدماغية .

● مشتقات البرفنكامين (Pervone, Vincatorte, Vincamone) وهي تنظّم النوم

لدى المسنين وتحسّن الأكسجة الدماغية .

2 - المركبات الرافعة للضغط والمنشطة للدورات الدموي الأمتيات

Xpraximor, Ephedrine, Anglocardol, Effortyl, Neosynephrine, Effortil, Heptamyl, Pressyl

3 - المركبات الهرمونية :

Suho de caolron Hydrocortisone Cortine ، وتستخدم في هبوط الضغط

الناجم عن لاجمات المونوأمين أكسيداز

4 - مشتقات الديلانول : Euclidan, Diforene, Cleregl وهي توصف لدى الأطفال الذين يشكون من صعوبات تلاؤم مدرسي أو من فرط حركية .

5 - الـ Piracetam (Gadacel, Noutecopyl) مشتقة عن الغابا GABA وتستخدم في حالات نقص الأكسجة الدماغية .

6 - مركبات فيتامينية وحموض أمينية .:

فيتامين س C ، حمض الفسفور : Phosphoneurol ، حمض الفلوتاميك
Glutaminol ، حمض الأسبارتيك Cogihum, Sargenor

مضادات داء باركنسون :

تصحح الآثار الجانبية خارج الهرمية للمثبطات العصبية .
- مضادات إستطبابها : الزرق ذو الراوية المغلفة ، ضخامة البروستات
إضطراب النظم القلبي ، الإضطراب الحركي المتأخر .
- المركبات Artane (25 - 15R مغ ..) Parkinane : منشطة Akineton
منشط Kemadrine مركن

Ponalide : حقن عضليا وعن الفم ، سريع المفعول .

مركبات جديدة Bromocriptine, Trivoline, Amantadine

- الإستطبابات الإضطرابات الحركية البكرة ، اللاحركية ، الإضطرابات
خارج الهرمية ، الإضطراب الحركي الحاد ، التناذر اللاحركي مفرط التوتر ، تناذر
الأرنب (حركات الشفة)
- الآثار السلبية :

- هبوط التركيز الدموي للمثبطات العصبية
- الارتباط النفسي .
- دورها المحتمل في الإضطرابات الحركية المتأخرة .

العلاجات النفسية المشتقة من التحليل النفسي

١ - أنماط معالجة تظل ضمن مدرسة التحليل النفسي إلا أنها تتوجه إلى أفراد لا يلائمهم التحليل النفسي النموذجي بسبب شلة اضطراب الأنا لديهم كالفصم والحالات الحدودية وبعض العصابات والأمراض النفسجسمية كذلك يعبر الإطار العلاجي إلى شكل أكثر مرونة (تبادل بين الجلسات، وضعية تواجه بين المحلل والمريض جلوساً) ويتم ضبط التحويل بما يحول دون نكوص مفرط للمريض فيتمركز التحليل أكثر على الواقع الراهن.

٢ - مدارس التحليل النفسي المشتقة:

أ - مدرسة يونغ: تتمركز في نمطها العلاجي على تحليل الأحلام والأشعور الفردي والجمعي من خلال «النماذج البدئية» تستهدف المعالجة فعلاً ديناميكياً يدفع تدريجياً إلى تغيير شخصية الفرد عبر استيعاب النماذج البدئية.

ب - مدرسة أدلر: تتجه إلى علاج تربوي واجتماعي عبر حوار متواجه يشمل أسلوب حياة الفرد وتظاهرات الشعوب بالنقص فيه ويتجه به إلى تصحيح سلوكه وتمكينه من التلاؤم مع محيطه الاجتماعي. يتوجه هذا العلاج إلى العصابات والانحرافات الاجتماعية.

ج - المدرسة الثقافية - الاجتماعية (كارن هورني، هاري سوليفان...) يستهدف العلاج النفسي هنا استكشاف الصراعات بين النزعات الطبيعية والضغط الثقافي الاجتماعي بما يساعد على فهمها وحلها. ويتمركز العمل العلاجي على الطاقات والديناميكية الأنثوية.

د - مدرسة العلاج العقلاني.

تعمل هذه المدرسة دور آلية التحويل. وتهتم بالبنيان العقلي الذي ينسجه الفرد حول ذاته (صورة الذات) والافتراضات الخاطئة التي تنجم عنه عبر علاقته مع محيطه. لذلك فهي تعمل على إضفاء مناخ مريح يتيح للفرد التعبير عن أفكاره ومشاعره وانفعالاته مباشرة ومساعدته على الإحاطة بالصورة التي يبينها حول ذاته وتحليلها ومن ثم تصحيحها وعزل الجوانب غير الملائمة من سلوكه وتحديد

الخطوات السلوكية الجديدة التي سوف يتبعها وخروجه من الصراعات الذاتية إلى ديناميكية عملية. ويعمل المحلل هنا على إعطاء صورة صادقة للمريض عن ذاته دون نقد أو تشويه لهذه الصورة.

١- التحليل الوجودي:

٢- العلاج الجشتالتي:

يرتبط بالفلسفة الوجودية. ويتمركز حول التجربة الراهنة المباشرة للمريض بأبعادها الإنفعالية والمعرفية. يدفع المعالج المريض خلال الجلسة إلى الارتباط بواقعه والوعي بالتفاعل بين ذاته ومحيطه. وتستخدم أساليب الإفراغ والسيناريو لعب الأدوار، والحوار التمثيلي لمواقف هامة في حياة المريض...

٣- التحليل النفسي الجماعي:

يتم عبر مجموعة من الأفراد متوسطيهم سبعة مع محل نفسي مختص يقوم بتأويل التداوي المشترك للمجموعة ضمن ديناميكيتها ويأخذ بالاعتبار آلية التحويل... هذا الأسلوب له مزايا منها العامل الاقتصادي لكن أيضاً تقلص عناصر الارتباط بالمحلل والتفاعل المتبادل بين أفراد المجموعة...

وتوجد أشكال من العلاج النفسي الجماعي أكثر مرونة وتعتمد على معالجة المعاناة الراهنة للأفراد، فون العبور إلى النكوص وتحليل الإشكالية البدئية.

٤- الدراما النفسية:

تعتمد على عدة مباحث فقد ابتكرها مورينو ثم تطورت حسب المدارس. تتمثل الدراما النفسية التحليلية في لعب أحد أفراد المجموعة دوراً مستوحى من حياته اليومية الراهنة أو الماضية أو حتى من خياله يسانده في ذلك بعض أفراد المجموعة انطلاقاً من ذلك يتم تحليل التفاعلات المتبادلة والانفعالات والتداويات الناجمة عن لعب الدور بما يزيد وعي كل فرد بأشكاله الشخصية والعلائقية وتمكّنه من استيعابها الإيجابي.

٥- التحليل بالحلم اليقظ الموجه:

طريقة في العلاج النفسي ابتكرها الفرنسي «ديزوال» تستمدّ منابيحها من

نظريات «فرويد» و«يونغ» وتتمثل في إحداث حالة من الاسترخاء يتبعها إحياء تنويري يوحه الفرد نحو تخیلات حول موضوع أو صورة معينة ثم يتم تحييل وتأويل تطوّر الأحلام اليقظة لدى الفرد. كما يساعد المحلل على تجاوز المواقف الخيالية المثيرة للقلق والحصر.

٦- التحليل التخديري :

يتم بحقن وريدتي بطيء بجرعة من الباربيتورات السريعة (أموباريتال صوديوم) قد تشرك مع مركّب أمفيتاميني. يتحقّق بذلك خفض اللجم والرقبة الذاتية مع تحقيق استرخاء نفسي وجسدي كافيان لتسهيل التعبير الحرّ وورود الذكريات القديمة.

يستطب التحليل التخديري في العصابات الإرتكاسية الحديثة العهد (عصابات الحرب، العصابات الرضوية) وفي العصابات الرهابية وحالات الحصر والاضطرابات الجنسية العصابية.

التنويم الطبي :

يستخدم عادة تعبير «التنويم المغناطيسي» إلا أنه غير علمي لذلك فضلنا استخدام تعبير «التنويم الطبي» أو «التنويم العلاجي». تدوم جلسة التنويم العلاجي حوالي ثلاثين دقيقة ويستمر العلاج من شهرين إلى عدّة أشهر حسب الحالة بمعدل جلسة أسبوعياً يتضمن السياق العلاجي خلال الجلسة المراحل التالية :

- المحادثة المهيئة وشرح كيفية العلاج
- استخدام التقنية التنويمية وتعميق الحالة التنويمية
- الانجاءات العلاجية أو التحليل خلال النوم العميق
- الاستيقاظ والمحادثة التالية للتنويم
- يستخدم التنويم عدّة وسائل علاجية أهمها :
- ١- الانجاء الذي يستهدف إزالة الأعراض المرضية
- ٢- إحداث استرخاء نفسي وجسدي
- ٣- التطهير التنويري ويتمثل في إحياء رض نفسي أو صراع قديم وإعادةه إلى

الذاكرة مما يزيل الأعراض التي تعبر عنه زمزياً. ويميل بعض المحللين حالياً إلى استخدام التنويم عبر التحليل النفسي بهدف اختصار مدة المعالجة التحليلية.

الاستطابات المرضية النفسية للتنويم العظمي:

- العصابات المستريائية

- بعض العصابات الرهاية

وتستخدم أساليب مشتقة من التقنية التنويمية ومشاركة مع تقنيات أخرى في معالجة عدة اضطرابات نفسية ونفسجسمية أخرى.

المعالجات النفسية الداعمة .

أكثر أنواع المعالجات النفسية شيوعاً لاتساع نطاق استطاباتها وخضوعها لشروط أكثر مرونة من المعالجات النفسية المختصة الأخرى فهي تتوجه إلى التجربة اليومية للمريض وحالاته النفسية الارتكاسية، فتعمل على تخفيف الأعراض وتحقيق تلاؤم مريع للمريض مع محيطه . تستطب هذه المعالجات أيضاً في حالات مرضية لا يمكن أن يستطب فيها تحليل نفسي عميق كما تكون أحياناً مرحلة مهيئة للعلاج النفسي الجذري عندما يكون المريض عاجزاً عن الإقبال على هذه المعالجة مباشرة بحكم بنيته النفسية المتصلبة أو الضعيفة أو طبيعة اضطراباته المرضية أو ظروفه الداتية.

عناصر العلاج النفسي الداعم:

يتمركز العلاج النفسي الداعم حول التجربة الراهنة للفرد ويستهدف تحسين تفهمه لإشكالاته وتقبله لذاته ودعم بنيانه الأنوي وتكيفه الفعال مع محيطه وتستخدم في ذلك عدة عناصر منها:

- التوجيه : يتم على المستوى النفسي من حيث تأويل تجربة المريض الراهنة ودوافعها وعلى المستوى السلوكي، حيث يحاول الطبيب توجيه الفرد إلى سلوك أكثر فعالية ويشعه على تحقيق مشاريعه الايجابية كما يمكن أن يتدخل عند الحاجة والإمكان لتصحيح ظروف محيطه

- الإيحاء والإقناع ويتمان خصوصاً عبر الآلية التحويلية حيث يكتسب المعالج ثقة المريض ويشكل بالنسبة له مثلاً أنوياً بحيث يتقبل الإيحاء والإقناع اللذين يظللان ضمن نطاق عنصر التحليل العقلاني والواقعي مما يصحح باتجاه إيجابي تصور المريض لذاته وعلاقته مع محيطه .

- التلمين : يعمل الطبيب على إعادة الأحداث إلى حجمها الطبيعي ويخفف قلق المريض وشكوكه وأزماته بإعادة تقييم الواقع بشكل إيجابي
استجابات المعالجة النفسية الداعمة :

- الأزمات النفسية الارتكاسية لدى أفراد أسوياء
- الحالات العصابية القلقة مع هشاشة الأنا
- الأفراد ذوي الشخصيات اللا ناضجة (الهموديون المزمنون، الواهنون نفسياً)
- الحالات النفاسية دون تراجع خصوصاً الفصام والهذيان المزمّن وإثر الهجمات الهذيانية...

المعالجات النفسية ذات الوساطة الجسدية

تستمدّ بناييعها من مصدرين: النظريات الفيزيولوجية الحيوية ونظرية التحليل النفسية وقد تطوّرت بشكل هائل خلال العقود الأخيرة وتعدّدت أشكالها وممارستها والمراكز الطبية النفسية التي تستخدمها لمعالجة مختلف الإضطرابات النفسية والنفسجسمية. تعود آلية فعلها العلاجي إلى تكامل الوحدة النفسية الجسدية، حيث أن الشخصية البشرية لا تتحقق إلا عبر مختلف العناصر والخصائص النفسية والجسدية، فيعبر السلوك والبنيان النفسي عن البنية والديناميكية الجسدية كما أن الجسد يصبح أداة تعبيرية مباشرة أو رمزية لمختلف التبدلات والإضطرابات النفسية.

أ - العلاجات الاسترخائية

١- طريقة شولتز Training Aurogen

تعتمد على الوعي بالحالة الفيزيولوجية للجسد (توتر العضلات، الثقل، الحرارة، الوظائف الإنشائية كالتنفس والنبض) ويتعلم الفرد نوعاً من الإيحاء التنويي الذاتي يتدرّب خلالها على السيطرة على هذه الوظائف وضبطها

٢- طريقة جاكوبس: الاسترخاء التدريجي:

تستهدف تدريب الفرد على التعرف على مراكز التوتر الجسدي لديه وإرخاؤها تدريجياً عبر الوعي بالمجموعات العضلية وتمييز وظائفها. بحيث يصبح قادراً على المحافظة على حد أدنى من التوتر العضلي. يتم ذلك بحلقات تدريجية يومية يوجّه فيها الأخصائي الفرد مرة أو مرتين أسبوعياً لبضعة أشهر. عملياً تتضمن التمارين مراحل من الاسترخاء العضلي الكامل ومراحل من التدرب على تمييز العضلية بارخاء بعضها وتوتر البعض الآخر الخ...

٣- طرائق الاسترخاء التحليلي:

تعتمد على التحويل وتحليل علاقة الإستجابات الجسدية مع الذكريات والصراعات والنزعات الغريزية اللا شعورية وذلك خلال عملية الاسترخاء الجسدي الذي يرافقها تعبير لغوي عن الأحاسيس والانفعالات والصور والتداعيات الطارئة.

الإستطبائات:

الإضطرابات النفسية الحركية، حالات القلق وعصابات الحصر، وبعض الأمراض النفسجسمية والإضطرابات العصبية الإنشائية والعصابات الرهابية...

ب - المعالجات النفسية الإنسانية:

تنتمي هذه المعالجات إلى ما يسمى بشيار علم النفس الإنساني الذي يستند على تكامل التجربة الإنسانية النفسية والجسدية والاجتماعية عبر تظاهراتها لسلوكية النزعات والغريزية والعلائقية والحيوية. معظم مؤسسي هذه المعالجات مرو بتجربة التحليل النفسي وتشبّعوا بنظرياتها، بحيث أن أساليبهم لا تتناقض مع التحليل النفسي بل تعتبر تكميلاً وتطويراً له، من حيث ازدياد اهتمامها بالسنة

والديناميكية الأنويتين وبالرابطة الجدلوية بين النمو النفسي - العضوي والعلاقة البشرية . فهي من خلال الدراسات عن العلاقة بين الرضيع ومحيطه (أمه خصوصاً) وكذلك من خلال تحليل الأفراد الكهول خلصت إلى وجود حاجات نفسية جسمية جوهرية أهمها:

- الحاجة إلى الأمن والطمأنينة
 - الحاجة إلى الضبط العلائقي
 - الحاجة إلى الحب والإنتهاء
- ويلعب الحرمان دوراً هاماً في السياق النفسي الجسمي

١- التحليل النفسي - الحيوي:

نطلقت هذه المدرسة من دراسات «وبلهلم رايش» الذي رقت نظره بعض العقبات التي اصطدمت بها النظرية الفرويدية خصوصاً موقع القلق والحصر في هياكل هذه النظرية وغياب المعادلة التي تجمع بين الحصر النفسي والحصر الجسدي وكيفية التبادل بينهما ومفهوم وحدود الرمزية في التظاهرات العصبية الجسمية . فخلص «رايش» إلى أن الجسد طرف جوهري في الجهاز النفسي يلعب دوره في آليات الدفاع الأنوي من خلال بناء درع عضلي متصلب يشكل عقداً مستعصية أمام تحرر النزعات والانفعالات المكبوتة مع ما يرافق ذلك من تبدلات وظيفية واضطرابات عصبية إنبائية . . .

إن التحليل النفسي الحيوي لا يقتصر على التداعي اللغوي المجرد بل يفتح الباب أمام الممنوع في التحليل النفسي الكلاسيكي إذ يعطي الكلمة للجسد ليأخذ حرية الحركة والتعبير والصراخ والبكاء وتفرغ الشحنات الإنفعالية التي تمرق استيعاب الفرد لذاته وتحرر طاقاته وقدراته الإبداعية وتخلصه مع المعاناة والصراعات النفسية يتم التحليل الحيوي بشكل علاج فردي أو جماعي . ويتضمن تدريب جسدية وتنفسية تستهدف إطلاق الطاقات الحيوية ويعتمد السياق العلاجي على ترافق اكتشاف المقاومات الجسدية والتصلب الدفاعي مع استكشاف اللا شعور والصراعات والذكريات المكبوتة فيه .

٢- العلاج بالصرخة البدئية: (جانوف)

سياق علاحي حيوي يستمد أساسه من مقولة وجود حرمان بدئي يتراكم في انكبان النفسي الجسدي على مستوى لا شعوري ويعود إلى مراحل الحياة الأولى يتم العلاج بمرحلة أولى من الجلسات المديدة التي تستمر عدة ساعات وتستهدف محاصرة إشكالية الفرد وتهيئته للمرحلة الثانية التي تتضمن جلسات من العزل الكامل الجسدي والحسي - الحواسي لتعيد الفرد إلى أقصى درجات الحرمان البدني بحيث تدفعه شحنات التوتر والإحساس بالحرمان إلى إطلاق صرخات عميقة وتحبي فيه ذكريات مكبوتة وتترافق هذه المراحل بجلسات تحليلية وداعمة.

٣- التحليل العبروي :

يعتمد على نظرية وجود نماذج شخصية (طفل، مراهق، كهل...) تتعاقب وتظل حية في الجهاز النفسي للفرد وتظهر في سلوكه وصراعاته النفسية...

٤- مجموعات التأمل والاستبطان

ج - المعالجات التعبيرية

١- المعالجة بالتعبير الجسدي

٢- المعالجة بالموسيقى

٣- المعالجة بالرقص...

المعالجات النفسية العائلية :

تستند إلى النظريات القائلة بوجود مرضية نفسية أسروية تتكثف في أحد الأفراد عبر منظومة العلاقات الداخلية .

وهي نوعان :

- المعالجات النفسية الأسروية المنظوماتية : وترتكز على نظرية الإتصال والرابطة المزدوجة .

- المعالجات النفسية الأسروية التحليلية : تركز على نظريات التحليل النفسي

خصوصاً فيما يتعلق بألية التماهي الجوهرية في النمو النفسي للفرد .

تكون المعالجة شاملة لأفراد الأسرة ضمن مجموعة تتمركز على الديناميكية الأسرية . ويقوم بالمعالجة فريق علاجي ينتقل إلى منزل الأسرة أو ضمن جلسات منتظمة أو يجمع عدة أسر متماثلة الإشكالية . كما توجد مقاربات سلوكية للعلاج الأسري .

المعالجات المؤسسية :

هي معالجات جماعية تنجز ضمن مؤسسات للطب النفسي تقوم بمعالجة الاضطرابات النفسية للمرضى عبر تفاعلهم الشامل مع المؤسسة بحيث يتم أيضاً تحليل مرضية المؤسسة وأزماتها عبر الفريق العلاجي ، مما يعمق الوعي والاندماج في سياق علاجي ديناميكي .

المعالجة الاجتماعية :

تشمل المعالجة الاجتماعية مجموعة من الوسائل والأساليب العلاجية العملية التي تستهدف تحسين القدرات العلائقية للمرضى وإعادة دمجهم وتأهيلهم على المستوى المهني والاجتماعي ومن بينها : المعالجة بالعمل الأنشطة الثقافية (المسرح ، الموسيقى ، الكتابة) ...

المعالجات السلوكية :

تعتمد على مبادئ التعلم والإشراف وتنطلق من القوانين العصبية الفيزيولوجية والسلوكية (بافلوف ، واطس) وتهتم بتصحيح سلوك معين يشكل معاناة للفرد وتكيفه أو اضطراباً ضمن المحيط . وتتميز المعالجة السلوكية بدقة هدفها

فهي تحلّد عرضاً أو سلوكاً محدداً يعتبر حالة إشراف غير متكيف وتعمل على إزالته أو تحويله إلى إستجابة متكيفة . وترى المدرسة السلوكية أنّ تغيير عرض أو إستجابة معينة يؤثر على كامل التوازن النفسي السلوكي للفرد . إذ يفتح أمامه إمكانية تكيف جديد يبنى توازناً أكثر إستجابة لطموحاته ورغباته . . .

تبدأ المعالجة السلوكية بمقابلة تمهيدية يحاول خلالها الأخصائي التعرف على إشكالات المريض وتحديد الأعراض والسلوكيات اللاّمتكيفة التي يرغب المريض بتبديلها ، ومن ثم الإحاطة بشروط وظروف نشوئها . . وقد تستخدم الروائز والاختبارات . وبعد جلسة أو جلستين يُطرح شكل العقد المتضمن السلوك المتفق على تعديله ومنهاج العمل والتزام المريض بالتعاون . . .

من بين مناهج للمعالجة السلوكية :

1 - تقنيات تثبيت الذات (دعم بنية الشخصية)

وتستخدم منهاجاً متكاملًا من عدة تقنيات منها : لعب الأدوار ، التمدج ، سلم المهام . . . وتتمّ بشكل فردي وجماعي لمعالجة مختلف إضطرابات التكيف العلائقي .

2 - إزالة التحسس المنهجي : تتضمن تدريباً على الإسترخاء ثم تصوّر

تدريجي للمواقف المثيرة للقلق والحصر أو الأعراض المرضية الأخرى في الحدّ الأدنى مع تصاعد شدة المثيرات ثم ينتقل الفرد إلى تطبيق تدريجي لما تعلّمه خلال الجلسات يستخدم هذا الأسلوب في معالجة الأعراض العصابية المحددة كالرهابات والسلوكيات القسرية والإضطرابات الجنسية والإضطرابات العصبية الانبائية المرتبطة بالحصر .

3 - الإغراق

يتم بحمل الفرد على مواجهة الموقف المثير للحصر خلال فترة مديدة (حوالي

ساعة) مما يتيح إزالة الإشراف بزوال الحصر إجباراً لطول فترة التعرض . يتم العلاج بطورين متعاقبين الأول يتخيل الموقف خلال فترة مديلة والثاني التعرض له بشكل فعلي .

4 - الإشراف الفاعل :

يتم عبر تعزيز أو تثبيط سلوك معين بالتأثير على سياق الإثابة والحرمان الذي شكل الاستجابات والإشرافات القائمة .

يستخدم هذا الأسلوب العلاجي في المستريا التحولية واضطرابات السلوك الغذائي والتبول الليلي وبعض حالات الفصام والتخلف العقلي .

5 - المعالجة بالكف الإشرافي

تستخدم ما يسمى «بمبدأ المفارقة» الذي يتمثل في أن بعض السلوكيات اللاإرادية تنطفيء عندما يعمل المريض على إحداثها إرادياً وتستخدم هذه الطريقة في معالجة العزات واضطرابات الكلام وبعض السلوكيات القسرية .

6 - المعالجة بالكف التنفيري :

يتم كف الاستجابة المرضية بإرفاق مشير معين بمشير منفر (كالصعقة الكهربائية) . . . من بين هذه الأساليب معالجة الإدمان الكحولي بمرافقة جرعة كحولية مع مادة ديسلفيرام Disulfiram التي تحدث حالة اضطراب إنباتي (غثيان ، ترقق ، شعور بالحصر والضييق الخ . . .)

7 - المعالجات الجنسية . . .

8 - تقنيات الضبط الذاتي والتعديل المعرفي :

تعتمد على : - المراقبة الذاتية - التعزيز الذاتي الإيجابي أو السلبي - التقييم الذاتي . . .

XII الضبط الحيوي الراجع :

منهاج حديث يحقق السيطرة على الجهاز العصبي الإنبائي . تستخدم في ذلك أجهزة كالمقياس العضلي الكهربائي ، ومقياس للمقاومة الجسدية ، ومقياس الحرارة السطحية وجهاز تخطيط الدماغ الكهربائي . يعتمد المبدأ على تقديم معلومات موضوعية للفرد ، عبر الجهاز عن وظائفه الجسدية ، ويقوم بالتدرب على السيطرة عليها وتعديلها ويحقق ذلك نتائج إيجابية جدا . وهذا المنهاج يصدد الخضوع للبحث والتطوير .

يستخدم في معالجة حالات القلق المزمن والصداع الشقي ، والتوتر العضلي ، واضطرابات نظم القلب الوظيفية وفرط التوتر الشرياني والربو القصبي وشرث رينو (اضطراب التوعية الشعرية للأطراف) وعدد من الاضطرابات النفسجسمية الأخرى .

المصادر والمراجع

- 1 - د . ألفرد أدلر (ترجمة د . محمود الودرني) معنى الحياة
- 2 - د . جمال أناسي : الطب النفسي ، جامعة دمشق دمشق 1980
- 3 - د . زياد درويش : الطب الشرعي ، جامعة دمشق ، دمشق 1980 .
- 4 - د . عطوف محمود ياسين : علم النفس العيادي ، دار العلم للملايين بيروت 1981 .
- 5 - د فيصل الصبّاغ ، د أنس سبح : الأمراض العصبية ، جامعة دمشق دمشق 1982 .
- 6 - د . محمود هاشم الودرني : العصابات النفسية ووسائل معالجتها دار الحوار . اللاذقية 1983 .
- 7 - علم النفس الجنسي . دار الحوار . 1985 .
- 8 - د . ميخائيل إبراهيم معد ، علم الاضطرابات السلوكية ، الأهلية للنشر والتوزيع ، بيروت 1977 .
- 9 - د . هشام بكداش . الجراحة العصبية جامعة دمشق دمشق ١٩٧٧ .

- 10- ABRAHAM G. : Psychiatri pluridimensionnelle 262 p Paris, Payot 1976
- 11- ABRAHAM Karl; œuvres Complètes 2 vol, Paris, Payot 1977
- 12- ALEXANDER FG, SELESNICK S.T. : Histoire de la Psychiatrie 479 p. Paris, Armand Colin 1972.
- 13- ANGST J. : Classification and prediction of outcome of depression Symposia Medica Hoechst 8F.k Sch. Verlag Stuttgart 74
- 14- BALINT M. Le Medecin, Son Malade et la maladie, trad.Valabrega, 422p. Paris, Payot 1960
- 15- BASTIDE, Roger: Sociologie Des Maladies Mentales, 314p. Paris, Flammarion 1965
- 16- BAUDELLOT, ESTABLET, LAHLOU : Aspects Sociologiques Du Suicide in Gazette Medicale, pp21-37, Paris 1985
- 17- BECK AT, : Depression, Clinical, experimental and Theoretical aspect New.York P.B.Hæber 1967
- 18- BECKER E. Revolution in Psychiatrie 276P, New York Free Press 1964
- 19- BERGERET J.: La depression et les etas limites, Paris Payot 1975
- 20- BERNE E. : Analyse Transactionnelle et Psychotherapie, 279p.Paris, Payot 1981
- 21- BERNHEIM M. Recueil detextes Paris, Doin edit. 1904
- 22- BLUM g.s. : Les theories psychanalytiques de la personnalite, Paris P,U,F. 1955
- 23- BOULANGER J.P. : Attaques de panique ou crises d'angoisse, in Gazette Medicale pp. 27-30, N° 3- Paris 1985

- 24- CHAZAUD (J):. Introduction a la Psychoanalyse 1974.
- 25- Les Perversions Sexuelles 1973 Privat. Toulouse.
- 26- COLONNA L. Particularités de l MAO in Gazette medicale pp95-96, n°.11, 1985 Paris.
- 27- DADOUN R. Cent fleurs pour Wilhelm Reich, 410p Paris, Payot 1975.
- 28- DELAY J. Les dereglements de l'humeur, Paris P.U.F.
- 29- DUGUAYR. ELLENBERGER HF et coll.: Precis pratique de Psychiatrie 693p, Cheneliere et Stanke Montreal, Paris 1981.
- 30- ERIKSON HE.: Adolescence et crise 348p, trad. Flammarion Paris 1972.
- 31- EY H. traite des Hallucinations 2T, Masson et Cie, Paris 1973.
- 32- EY BERNARD.P. BRISSET CH: Manuel de Psychiatrie, 1250p Masson et Cie Paris 1978.
- 33- EYSENK H.G. Les dimensions de la personnalité, P.U.F Paris 1950.
- 34- EYSENK H.G Conditionnement et drogues, Gauthier- Villard Paris.
- 35- FREUD Anna: Le moi et les mecanismes de defense P.U.F. Paris.
- 36- Normality and Pathology in childhood International University Press. New York 1965.
- 37- FREUD Sigmund: Introduction a la psychanalyse 443p. Payot Paris 1974.
- 38- Trois essais sur la theorie de la sexualite, 189p Galliard, Paris 1962.
- 39- Essais de Psychanalyse, 277p, Payot, Paris 1981.
- 40- Abrege de Psychanalyse, 84p, P.U.F. Paris 1978.
- 41- La technique psychanalytique, 141p, P.U.F. Paris 1975.
- 42- Cinq psychanalyses, 422p, P.U.F. Paris 1967.
- 43- Nevrose psychose et perversion, 306p, Paris 1973.
- 44- FROMM. E.: Le cœur de l'homme, 215p, Payot Paris 1979.
- 45- Le langage oublie, 211p, Payot, Paris 1980.
- 46- GAYRAL L. Pre cis de psychiatrie, Baillere (427p) Toulouse 1976.
- 47- GINESTET D. PERON- MAHNAN: Chimiotherapie psychiatrique 246p, Masson, Paris 1984.
- 48- GREENSON. R.R. Technique et pratique de la psychanalyse, 509p. P.U.F. Paris 1977.
- 49- GUYOTAT J. et co. Psychotherapies medicales T1, 266p Masson Paris 1978

- 50- HAYNAL A. PAZINI (W) Abrege' de medecine psychosomatique 292p, Mssou, Paris 1978.
- 51- HELLBRUM R. Pathologie de la violence, 195p, Reseaux Paris 1982.
- 52- HELD R.R. Psychotherapie et psychanalyse, 315p. Payot, Paris 1968.
- 53- HILL P MURRAY R. THORLEY A. Essential of postgraduate psychiatry, 802p, Academic Press London- New York 1979.
- 54- HORNEY K.: Les voies nouvelles de la psychanalyse, 246p, L'Arche, Paris 1951.
- HUBERT
- 55- JANOV A. Le cri Primal, 504p, Flammarion, Paris 1975.
- 56- GUNG C.G: L'homme a la decouverte de son ame, 347p Payot Paris 1972.
- 47- Dialectique du moi et de l'inconscient, 274p Gallimard, Paris 1964.
- 58- KERBIKOV et Co. Psychiatrie, Edition Mir, Moscou 1968.
- 59- KIEL HOLZ (P) Les Pressions masquee's, Symposium international St Moritz Masson Paris 1973.
- 60- KLEIN: Essais de psychanalyse, Payot, Paris.
- 61- KOPERNICK C. LOO H. ZARIFAN E., Precis de psychiatrie, 478p Flammarion, Paris, 1982.
- 62- KRAEPLIN E. Introduction a la psychiatrie clinique, 439p Navarin Paris, 1984.
- 63- KRETSCHMER E. Manuel theorique et pratique de psychologie Medecale Payot, Paris.
- 64- KRUPP M.A. CHATTON M.J.: Current Medical diagnosis and treatment Los Altos (california, Lange 1980).
- 65- LACAN J. Ecrits, 2T, Seuil Paris 1966.
- 66- LAFORGUE (R) Psychopathologie de l'echec, 236p, Payot, Paris 1965.
- 67- LAING (R.D.) Le moi divise' stock, Paris 1970.
- 68- LAPLONDE (P) GRUNBERG (F) Psychiatrie clinique, approche contemporain 925p, Gaetan Morin, Quebec. 1981.
- 69- LAPLANCHE (J) et PONTALIS J.B. Vocabulaire de psychanalyse P.U.F. Paris.
- 70- LAUNAY J. et CO. Le reve eveille dirige' et l'inconscient, 455p. Dessart- Mardaga, Bruxelles, 1975.

- 71- LEMAIRE A. Jaques Lacan, 379p. P. Mardaga, Bruxelles 1977.
- 72- LEMPERIRE Th, FELINEA. et Co. Psychitrie de l'adulte 430p, Masson Paris 1980.
- 73- MAZET (Ph) HOUZEL (D): Psychiatrie de l'enfant et de l'adolexent, 2T Ma.oine S. Paris 1979.
- 74- MEURICE E. Psychiatrie et vie sociale, 349p, Dessart et Mardaga, Bruxelles 1977.
- 75- NACHT (S) Le Masochisme, 184p, Payot Paris 1965
- 75- Guérir avec Freud 242p, Payot Paris 1977.
- 77- OKEN P. LAKOVICS MAGNUS: A clinical Manuel of psychiatrie 281p, Elsevier New York 1982.
- 78- PAVLOV: (P) Typologie et Pathologie de l'activite nerveuse Supeneure P.U.F. Paris.

عنوان المؤلف

Dr OUEDERN

BP . 110 . 75231 PARIS 5 FRANCE

المحتويات

٥	مقدمة
١١	القسم الأول
١٢	الفصل الأول
٣٠	الفصل الثاني
٥٢	الفصل الثالث
١٠٧	الفصل الرابع
١١٧	القسم الثاني
١١٨	الفصل الأول
١٨٣	الفصل الثاني
٢٠٢	الفصل الثالث
٢٤٤	الفصل الرابع
٢٥٣	الفصل الخامس
٢٨٧	الفصل السادس
٣٠٨	الفصل السابع
٣١٨	الفصل الثامن
٣٣١	الفصل التاسع
٣٤٣	القسم الثالث
٣٧٨	المصادر والمراجع

تصل عن دور الحوار السلاسل التالية :

* سلسلة الدراسات الأدبية واللغوية

* سلسلة أدب

* المكتبة الموسيقية

* سلسلة فنون

* مكتبة الرسم النفس

* مكتبة التراث العربي

* المكتبة الرواد

* مكتبة القصصية

* المكتبة الطبية

* المكتبة التاريخية والفنون

* المكتبة الأدبية للديان والفتيات

* نفوس مصر

* نصوص مصر

* مكتبة السياسة والاقتصاد



سورية الثقافية - مصر - الزواغة

مصر - ب. ١٥١٨ - هاتف ٢٢٢٤٤